



DEMANDE DE LICENCE "ATHLE-SANTE"



Club/Groupe/Individuel :

LIGUE :

Saison : 2025 / 2026

Enregistrement

Nom : Prénom :
 Date et Lieu de Naissance :
 Sexe : Taille : Poids :
 Nationalité :
 Adresse (Domicile) :
 Tél : E-mail :

Signature du Président/
 Secrétaire Général
 Chef de Groupe

Cachet

Signature du
 demandeur

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE AU SPORT

Je soussigné, Docteur :
 Demeurant à
 Certifie avoir examiné, à la date du M/Mme.....
 Né (e) le à
 Qui ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'Athlétisme.

..... le
 Signature et Cachet du Médecin

Case réservée à la Fédération

Date d'effet :
 N° de Licence :

**N.B. : Pièces Jointes : 1 Copie CIN + 1 Photo + 1 mandat de 50dt au nom de la FTA-CCP 148-6907
 représentant les frais d'une licence par saison.**

Tél: 71 751 903 - 71 751 945 : الهاتف
 Fax : 71 755 900 : الفاكس
 Email : tun@mf.worldathletics.org : الإلكتروني
 Website : <http://www.fta.tn> : الموقع

Maison des Fédérations, Bloc B
 18, Rue de la Terre, cité olympique, Tunis 1004
 B.P : 264, cité Mahrajène - Tunis 1082
 C.C.P : 148 - 6907

دار الجامعات الرياضية، مدرج ب
 18 شارع الأرض، الحي الأولمبي 1004 تونس
 ص.ب. 264 حي المهرجان تونس 1082
 رقم الحساب الجاري: 148-6907