

SPECIMEN / DEMANDE DE LICENCE 2026

N° de la structure :
Si oui, votre n° de licence FFP :
(Pour les étrangers, n° de la licence dans le pays d'origine :

	VOS DONNEES PERSONNELLES		
0.05	Civilité : 🗆 Mme 🗆 M	Nationalité :	
posez d' un droit d' accès et de diaire, vous pouvez être amené à pas, il vous suffit de nous écrire en icence.	Nom:	~ :	
rire	Prénom :	Tél. portable:	
an an éc	□ Homme □ Femme	Fax:	
ac tre ous	Date de naissance : / /	E-mail:	
g d,	Lieu de naissance :		
oit It de	Adresse:	Poids: Taille de la voile	
후 호를	CP et Ville :	Assuré(e) social(e) : □ OUI □ NON	
un s sı	Pays:		
, \$ \$ ¢.	Catégorie socioprofessionnelle :		
ez i, ii,	□ Agriculteurs exploitants	□ Elèves et étudiants	
oos diai oas cer	□Professions Intermédiaires	□ Employés	
disp méc ez le li	☐ Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	□ Ouvriers	
us terr nait o d	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Policiers et militaires Autres personnes consecutivité	
, vous dis re intermé souhaitez Iméro de l	□ Retraités	□ Autres personnes sans activité	
n e of 28	Méthode d'enseignement choisie :	□ PAC	
	Nombre total de sauts/vols :	2	
nvier 19 nt. Par n vous ne ble votre	Abonnement au bulletin officiel électronique : OUI NON	(Si oui, adresse e-mail obligatoire)	
nt. Vo ble		(4. 54.) 44. 55.5 5 54.5.5.7	
ernan ernan is. Si v oossik	VOTRE LICENCE 2026		
libertés du 6 vous concerr associations. esse et si pos	A remplir uniquement par les dirigeants et encadrants (honorabilité)		
tés s co cial cial	□ Dirigeant □ Encadrant		
ibel /ou ssc	N° carte professionnelle :		
et libert les vous ou assoc adresse	(Pour ceux qui n'ont pas de carte professionnelle remplir les champ	os ci-dessous)	
elle é o e o	Nom de naissance	3 (1 (653003)	
matique rsonnel société énom –	Lieu de naissance France : DépartementCommur	ne. code INSEE	
mat rrso soc éno	Lieu de naissance France : Département		
de be	(A remplir uniquement pour les licences annuelles)		
i in Ses n – n	(Firempin amquement pour testiness aimusites)		
Conformément à la loi in rectification aux données recevoir des propositions onus indiquant vos nom –	□ Administrative (57,00 €) □ Technique (57,00 €)		
el a ob soc soc			
t Z Z X	LICENCES ANNUELLES PRATIQUANTS		
ne n ss p ss p	□ Licence parachutisme cadet ou junior (72,00 €)		
Conforméme rectification recevoir des nous indiqua	□ Licence parachutisme senior ou vétéran (175,00 €)		
forr fica voii	 □ Licence parapente/ascensionnel minime, cadet ou junior (32,00 €) □ Licence parapente/ascensionnel sénior, vétéran (127,00 €) 		
ous scti	□ Licence soufflerie poussin, benjamin, minime, cadet et junior (15,00 €)		
0 2 2 5	□ Licence soufflerie senior & vétéran (52,00 €)		
	□ Licence étranger (13,00 €)		
	LICENCE ANNUELLE MONITEURS		
	□ Licence BPJEPS, PAC et/ou Tandem et/ou parapente (500,00€)		
	LICENCES DECOUVERTE		
	EICENCES DECOUVERTE		
	□ Licence automne parachutisme cadet & junior (30,00 €)		
	□ Licence automne parachutisme senior & vétéran (87,00 €)		
	□ Licence automne parapente/ascensionnel cadet & junior (13,00 €)		
	□ Licence automne parapente/ascensionnel senior & vétéran (43,00 €)		
	 □ Licence stage parachutisme (87,00 €) □ Licence stage parapente/ascensionnel (43,00 €) 		
	□ Licence initiation parachutisme (43,00 €)		
	□ Licence initiation parapente/ascensionnel (14,00 €)		
	□ Licence tandem parachutisme (5,00 €)		
	□ Licence tandem parapente/ascensionnel (gratuite)		
	□ Licence découverte soufflerie (gratuite)		
	VOTRE COUVERTURE ASSURANCE		
	VOTRE COUVERTURE ASSURANCE		
	Certificat médical : 🗆 OUI 🗆 NON	Date de la visite : / /	
		0111	
	Je refuse l'assurance individuelle accidents proposée par la FFP:	□ OUI □ NON	
	Nom du bénéficiaire en cas de décès :		
ſ	L'attention du souscripteur est attirée sur l'utilité et la nécessité de souscrire l'assura	ance individuelle Accident et l'assurance rapatriement proposées par	
	la FFP, et de souscrire une assurance individuelle accident complémentaire.		
	Je, soussigné(e)recor	nnais avoir pris connaissance des garanties d'assurances	
	du contrat fédéral « Responsabilité civile » et « Individuelle accident	ts » et de l'interet que j'aurais à souscrire des garanties	
	individuelles complémentaires telles qu'indiquées ci-dessus.		
	J'adhère à l'assurance rapatriement pour 102 € □ OUI	□ NON	
	En conséquence de ce qui précède, je verse la somme de	€.	
	Date de souscription : / / 20		
	Signature obligatoire de l'adhérent(e)	Signature obligatoire du délégué de la structure	
	1		

Internet: www.ffp.asso.fr