

**FICHE DE PRESENTATION DU CANDIDAT**

**ASSEMBLEE GENERALE ELECTIVE DU 29 juin 2024 à ST BERTHEVIN (53)**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titulaire de la licence N° : au club de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de naissance (si différent du Nom d’usage) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu (\*) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nationalité : Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. : Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Déclare être candidat au Conseil de Ligue lors de l’Assemblée générale du 29 juin 2024 sur la liste conduite par :

et lui confie le soin de faire ou de faire faire toutes déclarations et démarches utiles à l’enregistrement de cette liste.

J’atteste sur l’honneur :

* si je suis de nationalité française, ne pas avoir été condamné à une peine faisant obstacle à mon inscription sur les listes électorales ;
* si je suis de nationalité étrangère, ne pas avoir été condamné à une peine qui, lorsqu'elle est prononcée contre un citoyen français, ferait obstacle à son inscription sur les listes électorales ;
* ne pas avoir été condamné à l’un des crimes et délits énoncés à l’article L. 212-9 du code du sport ;
* ne pas faire l’objet d’une interdiction administrative d’exercer des fonctions de direction et d’encadrement ;
* ne pas avoir été sanctionné d'inéligibilité à temps pour manquement grave aux règles techniques de jeu constituant une infraction à l'esprit sportif ;
* ne pas être candidat sur plusieurs listes.

Catégorie à laquelle appartient le candidat (cocher la ou les cases) :

* Féminine ❑
* Médecin ❑

Fait à : le :

(signature)

(\*) : Lieu de naissance : ville - département - pays