

Partie 1 : réservée à l'adhérent

Nom* _____
Prénom* _____
Date de nais.* ____ / ____ / ____
Sexe* Homme Femme
E-mail* _____
Profession : _____
Adresse* _____

Code postal* _____
Ville* _____
Téléphone _____
Mobile _____

Etat sportif :

- Licence délégataire – Numéro : _____
 Compétition
 Certificat médical du : ____ / ____ / ____
↳ Valable 5 ans pour les moins de 50ans ; sinon valable 3 ans :
 Renouvellement questionnaire de santé
(Réponse **NON** à toutes les questions)
Cerfa n°15699*01

Comment avez-vous connu l'ASPTT ?

- Affichage Forum Radio
 Site Internet Presse Un ami
 Manif. Sportive Autre

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération.

À _____, le ____ / ____ / ____
Signature obligatoire demandeur ou représentant

(*) Champs obligatoires

BULLETIN D'ADHÉSION 2023-2024 ASPTT FOUGÈRES

Autorisation parentale

Je, soussigné(e), M. ou Mme _____
représentant légal de : _____
certifie lui donner l'autorisation de :
- Se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités
- Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.
J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'urgence est :

numéros de téléphone : _____
adresse e-mail : _____

Informatique et libertés

« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'un traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT. Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations.

Cession de droit à l'image

- Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation.
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

Assurance

L'établissement d'une licence permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile, Assistance et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT.

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir pris connaissance :

- De la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice disponible sur asptt.com/la-licence-premium-asptt/) ;
- Des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association).

Je satisfais à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.

Partie 2 : réservée au club

Activité : _____

Type d'adhésion :

- Création
 Renouvellement

Licence :

- Licence FSASPTT PREMIUM

Mode de paiement : _____