

COCHEZ VOTRE SECTION ci-dessous :

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> J'MACTIV SANTE | <input type="checkbox"/> PILATES | <input type="checkbox"/> KIDISPORT (3-9ans) | <input type="checkbox"/> FLOORBALL |
| <input type="checkbox"/> MARCHE NORDIQUE ADAPTEE | <input type="checkbox"/> BODY COMBAT | <input type="checkbox"/> BABYSPORT | <input type="checkbox"/> SELF-DEFENSE |
| <input type="checkbox"/> RANDONNEE | <input type="checkbox"/> KARATE | <input type="checkbox"/> CRICKET | <input type="checkbox"/> SPORT ADAPTE |

Homme Femme NOM: _____ Prénom: _____ Né (e) le / /

Adresse: _____ Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone Fixe : _____ Portable : _____

E-Mail

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE (MINEURS)

Je soussigné(e) _____ en qualité de père, mère, tuteur (barrer les mentions inutiles), autorise mon enfants à adhérer à toutes les activités proposées par cette association ou section et à prendre place dans une voiture particulière afin d'effectuer les déplacements nécessaires pour les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisir au cours de la saison. J'autorise les responsables à faire procéder à toutes interventions médicales d'urgence.

CERTIFICAT MEDICAL DE L'ADHERENT

- **POUR LES MINEURS: OBLIGATION DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE RELATIF A LA SANTE DU MINEUR**
 J'atteste avoir répondu « NON » à toutes les questions du questionnaire relatif à la santé du mineur.
- **POUR LES MAJEURS: CERTIFICAT MEDICAL datant de moins de 3 ans (juin 2023) ou questionnaire de santé (cerfa n°15699*01).**
 J'atteste avoir répondu « NON » à toutes les questions du questionnaire de santé.

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisées 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 (cession de droit à l'image).
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de mon club ASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part du Comité Régional FSASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT et de ses partenaires.

ASSURANCE

L'établissement d'une licence ASPTT PREMIUM permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT. Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance « Dommages corporels » ou « Assistance aux personnes ». Le montant de ces assurances **compris dans le prix de la licence ASPTT PREMIUM** est de 1,60 € pour l'assurance « Dommages corporels » et de 0,23 € pour l'assurance « Assistance aux personnes ». Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique. Les licenciés ASPTT PREMIUM bénéficient également d'une assurance «Protection juridique contre les violences physiques, psychologiques et sexuelles». En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Je soussigné(e), _____ reconnais avoir pris connaissance :

- Du document d'information sur le produit d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- Des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Si le soussigné refuse de souscrire à ces assurances, il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la ou les cases ci-dessous :

- Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »
- Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Assistance aux personnes »

PAIEMENT DE LA COTISATION

Type de paiement possible : **CHEQUES – ESPECES – PASS SPORT - CHEQUES VACANCES**

MONTANT DE LA COTISATION :

Le ____ / ____ / ____ , à

Signature du Bulletin Adhésion ci-dessous

RESERVE A LA SECTION

N° cheque(s) :

Moyen(s) de paiement :