

Partie 1 réservée à l'adhérent

Nom* _____
 Prénom* _____
 Date de nais.* _____
 Sexe* Homme Femme
 E-mail* _____
 Profession _____
 Bénévole _____

Adresse* _____

 Code postal* _____
 Ville* _____
 Téléphone _____
 Mobile _____
 La Poste Id. RH (2) :
 F. publique (1)

Etat sportif

Licence délégataire - Numéro :
 Compétition
 Certificat médical du : ____ / ____ / ____

Comment avez-vous connu l'ASPTT ?

Affichage	Forum	Radio
Autre	Manif. sportive	Site Internet
	Presse	Un ami

Ou, si vous avez déjà fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans :

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

Renouvellement questionnaire de santé
 (Réponse **NON** à toutes les questions)
 Cerfa n°15699*01

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

Partie 2 réservée au club

Activité :

Type d'adhésion

Création
 Renouvellement

Licence FSASPTT

Licence FSASPTT PREMIUM 18.00 €
 Droit d'adhésion fédérale 2.00 €
 Licence FSASPTT Événementielle 2.00 €

Montants financiers

Droit d'adhésion : _____
 Licence FSASPTT : _____
 Montant section : _____
 Montant lic. dél. : _____
 Montant autre : _____
Montant total : _____
 Mode de paiement : _____

Informatique et libertés

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Fédération Sportive des ASPTT pour l'établissement des licences et adhésions sportives chaque saison.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service « Système d'Informations » de la Fédération Sportive des ASPTT.

Ces données pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié des 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.

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 : _____

(*) Champs obligatoires

(1) Fonction publique ou assimilé : entreprise publique, salarié d'association

(2) Identifiant RH pour les postiers

Assurance

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

L'assurance « Dommages corporels » est facultative 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 ». Le montant de cette assurance compris dans le prix de la licence FSASPTT PREMIUM est de 1,84 €. Il est de 0,35 € dans la licence événementielle. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit.

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 aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- 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.

Refus d'assurance « Dommages corporels »

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels », 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.

Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance « Dommages corporels », 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 case ci-dessous.

Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »