

BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUEL



Mme M.

NOM Prénom

Né(e) le à Nationalité

Adresse domicile

Code postal Ville

 Domicile  Portable Profession

E-MAIL

Nom du Médecin traitant

Groupe* : 1/ de 9h à 10h - 2/ de 10h à 11h - 3/ de 11h à 12h

*En accord avec les animateurs, entourez le groupe de votre enfant pour la prochaine saison

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur (*peuvent être consultés au siège social de l'association*) et de l'étendue des garanties d'assurance et/ou d'assistance proposées dans le dépliant qui m'a été remis lors de mon adhésion ; et avoir satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.

- J'ACCEPTÉ** Que les photos, les prises de vue et Interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres, sur le Site Internet par des moyens de reproduction photomécaniques (film, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation ; et recevoir la lettre d'information de la FSASPTT et de mon ASPTT.
- JE N'ACCEPTÉ PAS**




Assurance individuelle accident : Je déclare en outre, avoir eu connaissance de l'article 38 de la loi du 16 juillet 1984 relative à l'organisation des activités sportives et faisant obligation aux associations sportives d'informer leurs adhérents de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel.

Informatique : « La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès du Siège de l'ASPTT STRASBOURG »

A le **Signature du titulaire (ou du représentant légal) :**
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Autorisation des parents pour les enfants de moins de 18 ans :

Je soussigné(e) NOM Prénom Père Mère Tuteur légal

 Domicile  Bureau  Portable

E-MAIL (parent) : Profession

autorise mon enfant désigné ci-dessus à adhérer à l'ASPTT Strasbourg pour toutes les activités mentionnées sur ce bulletin (y compris les activités proposées par cette association) et à prendre place dans une voiture particulière afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisir au cours de la saison ; les responsables à faire procéder à toutes intervention médicale d'urgence.

A le **Signature des parents :**
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION - DÉTAIL OBLIGATOIRE DE LA COTISATION (à saisir par le Secrétaire ou le Trésorier de Section) Encaissement à partir de septembre

| Cotisation Statutaire | Licence ASPTT | TOTAL |
|-----------------------|---------------|-------|
| 20,00 € | 19 € | 160€ |

Règlement : CB de la banque :
 Espèces

N° du chèque
N° du chèque
N° du chèque