



# ADHÉSION 2019-2020 RANDO ANR

## 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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Renouvellement questionnaire de santé

(Réponse **NON** à toutes les questions)

Cerfa n°15699\*01

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

## Partie 2 réservée au club

### Type d'adhésion

Création  Renouvellement

### Montants financiers

Droit d'adhésion : 22 €

Licence FSASPTT PREMIUM : \_\_\_\_\_ €

Montant section : \_\_\_\_\_

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 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 Internet (sites Internet, réseaux sociaux 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 : \_\_\_\_\_

## 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. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

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 »

Je souhaite une attestation de paiement pour mon C.E.

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

(2) Identifiant RH pour les postiers

ASPTT CLERMONT-FERRAND - Tél. : 04 73 61 72 00  
- E-mail : asptt.clermont@wanadoo.fr - Adresse : 23 RUE DE LA  
ROCHELLE Complexe sportif stade Marcel Ballot - 63370 LEMPDES

**TARIF : 74 € (licence Premium 19 € comprise)**

Pièces à joindre :

Fiche adhésion complétée et signée

Certificat médical pour les nouveaux adhérents

Pour les renouvellements : questionnaire de santé (réponse NON à toutes les questions)

Postiers : la Fédération fait bénéficier aux Postiers et ayants droits de la gratuité de la licence PREMIUM sur justificatif de leur identifiant.

Dossier à remettre à M. MATHONAT avant le 30/10/2019