

Etat civil du demandeur		M.	Mme	Mlle	Création d'adhésion	Renouvellement d'adhésion
NOM						
Prénom						
Né(e) le			/			Profession
Adresse		Bât.	Apt.		Profession des parents pour les mineurs	
Code postal				Ville		
Téléphone	Dom.			Port.		
email						



Licence sans autre fédération FS ASPTT loisir 12 € <input type="checkbox"/> Licence avec autre fédération FS ASPTT adhésion 4 € <input type="checkbox"/>	Licence fédérale FFN Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Compétition Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	---

ACCORD DE LICENCE

Je, soussigné **NOM Prénom** 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 FS ASPTT et des statuts et règlement intérieur.

L'établissement d'une des 2 licences permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité Civile, Assistance et Dommages corporels souscrites par la FS ASPTT. L'assurance "Dommages corporels" est facultative mais la FS ASPTT 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 l'assurance compris dans le prix de la "licence loisir" est de 1,84 € et dans celui de la "licence adhésion" est de 0,60 €. Si vous ne souhaitez pas cette assurance Dommages Corporels, le montant de cette dernière sera déduit. 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.

Il est rappelé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FS ASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera le dossier de sinistre. 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 :

☐ Je ne souhaite pas souscrire d'assurance Dommages Corporels

Autorisation parentale pour les mineurs Je, soussigné **NOM Prénom** représentant légal de : certifie lui donner l'autorisation de se licencier à la FS ASPTT et d'adhérer à l'ASPTT et de prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions officielles ou de loisirs au cours de la saison.


J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

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 du droit à l'image

- ☐ Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interview réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques sans avoir le droit à une compensation.
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la Fédération Sportive des ASPTT (FS ASPTT).
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FS ASPTT.

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

Détail de la cotisation (à compléter par la section)

Mode de paiement

Part Omnisports	Adhésion statutaire	
	Licence FS ASPTT (4 ou 12 €)	
Licence fédérale délégataire	FFN	
Assurances complémentaires		
Part fonctionnement section		
Participation activités (à détailler)		
Montant dû		
Remise accordée		
Montant à régler		

Espèces	Total	
Chèques (Préciser Banque, n°chq, montant)	Total	
Chq. Vacances / Chq. Sport / ANCV	Total	
x 10 € =		x 20 € =
N°		N°
Autres :		
Montant payé	Date	

Personne à contacter en cas d'accident	
NOM Prénom	Téléphone

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces informations et m'engage à respecter la réglementation de la FS ASPTT

A _____ le _____

Signature obligatoire (demandeur ou représentant légal)