## Logo ASPTT NivGris

**ANNÉE SPORTIVE 2016/ 2017**

**SECTION SKI ALPIN**

## 

## BULLETIN D’ADHÉSION INDIVIDUEL

❑ Mlle ❑ Mme ❑ M.

NOM Prénom

Né(e) le à Nationalité

Adresse domicile

Code postal Ville

🕿 Domicile 🕿 Portable Profession

E-MAIL

Nom du Médecin traitant

❑ **LOISIR** ❑ **COMPÉTITION** ❑ **Dirigeant – Cadre Sportif - Membre actif**

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.

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 sur mon adresse mail.

**❑ J’ACCEPTE**

**❑ JE N’ACCEPTE 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 :**

(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 toute 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)

**Cotisation Statutaire Licence ASPTT** (4€ / 15€) **Licence Fédération Dirigeante** **Activité Section TOTAL**

**18,00 € …4…. € FFS …………...€ - FFME…………€ ………….. € ………….. €**

**N° licence :**

Règlement : ❑ CB de la banque : ……………..……………………………..… N° du chèque ………………………….……………

❑ Espèces N° du chèque …………………………….…………

N° du chèque ………………………………..……...