

**Partie 1 réservée à l'adhérent**

Nom\* \_\_\_\_\_ Adresse\* \_\_\_\_\_  
 Prénom\* \_\_\_\_\_  
 Date de nais.\* \_\_\_\_\_ Code postal\* \_\_\_\_\_  
 Sexe\*  Homme  Femme Ville\* \_\_\_\_\_  
 E-mail\* \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 Bénévole  La Poste  Id. RH (2) : \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_ 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  
 (Cerfa n°15699\*01)

**Partie 2 réservée au club**

**Type d'adhésion**

Création  
 Renouvellement

**Activité :** \_\_\_\_\_

**Licence FSASPTT**

Licence FSASPTT PREMIUM 19.00 €  
 Licence FSASPTT Associée 3.00 €

**Comment avez-vous connu l'ASPTT ?**

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

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

**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 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 : \_\_\_\_\_

(\*) 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. 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 »