

BULLETIN D'ADHÉSION

2024-2025

Section : _____
 Date d'arrivée : _____
 N° : _____
 Par : _____

ACTIVITÉ

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aquagym | <input type="checkbox"/> Cyclotourisme | <input type="checkbox"/> Handi Futsal | <input type="checkbox"/> Karaté | <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> Tennis |
| <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Football/Futsal | <input type="checkbox"/> Hockey-sur-gazon | <input type="checkbox"/> Kidisport | <input type="checkbox"/> Pétanque | <input type="checkbox"/> Water-Polo |
| <input type="checkbox"/> Basket-Ball | <input type="checkbox"/> Gym/Fitness | <input type="checkbox"/> Hockey-sur-glace | <input type="checkbox"/> Lutte | <input type="checkbox"/> Plongée | <input type="checkbox"/> Danse |
| <input type="checkbox"/> Bowling | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Judo | <input type="checkbox"/> Musculation | <input type="checkbox"/> Showdown | <input type="checkbox"/> Roller |

Si seconde activité, réduction de 25€ sur la deuxième adhésion : _____

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

Cadre réservé à l'adhérent

A REMPLIR EN MAJUSCULE !

Création Renouvellement

Nom : _____ Prénom : _____

Genre : Homme / Femme Date naissance : _____ Lieu de naissance (+dep) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Profession : _____ Fonction publique ? Oui Non

La Poste / Identifiant RH : _____ Bénévole encadrant ? Oui (Honorabilité obligatoire) Non

CERTIFICAT MÉDICAL

Cadre réservé au médecin

*Le certificat médical n'est plus obligatoire pour les mineurs !

MAJEUR : NOUVEL ADHÉRENT OU CHANGEMENT DE DISCIPLINE → OBLIGATION DU CERTIFICAT MÉDICAL

Renouvellement Adhérent (même discipline) : si le certificat date de moins de 3 ans, répondre au questionnaire de santé (en annexe) :

Situation 1 : réponse négative au questionnaire = Pas besoin de certificat médical (cocher la case "Attestation Questionnaire Santé")

Situation 2 : réponse positive au questionnaire = Obligation du certificat médical !

"J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entrainera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou de cette discipline."

ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE

Certificat médical du (date) : _____ Ou, si vous avez déjà fourni un certificat au club, il y a moins de 3 ans :

Personne majeure : Questionnaire de santé majeur

Personne mineure : Questionnaire de santé mineur

Si le certificat médical est déjà sur la demande de licence de votre fédération, merci de préciser les informations suivantes ou d'en joindre une copie :

DATE : _____

N° du médecin : _____ Nom du médecin : _____

Sinon faire remplir par le médecin :

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, _____ certifie avoir examiné, ce jour, M/Mme _____

né(e) le _____, et n'avoir pas constaté de signes apparents contre-indiquant la pratique des sports suivants :

Fait à _____ Signature et cachet du médecin :

Le _____

BULLETIN D'ADHÉSION

2024-2025

PROTECTION DES DONNÉES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent.

Il peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- Je ne souhaite pas que les photos, les vidéos et interviews réalisées 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 (droit image).
- Je ne souhaite pas recevoir les informations de mon club ASPTT LIMOGES
- 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.

CONTRÔLE DE L'HONORABILITE

OBLIGATOIRE si fonctions exercées ci-dessous

J'atteste exercer la ou les fonctions de :

- Encadrant Dirigeant Arbitre Maître-nageur

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du Code du Sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du Code du Sport soit effectué.

- J'ai compris et j'accepte ce contrôle
- Je refuse ce contrôle et renonce de fait à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et prénom de naissance (si différent de l'usage) : _____

Lieu de naissance : _____

Né en France : Département : _____ Commune : _____

Né à l'étranger : Pays : _____ Ville : _____

Si né à l'étranger :

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Prénom de la mère : _____ Prénom du père : _____

*: toutes les mentions sont obligatoires

CADRE RÉSERVÉ À LA SECTION

N° Licence Déléguataire (obligatoire) : _____

- Bénévole Loisir Compétition Catégorie : _____

MINEUR

A REMPLIR EN MAJUSCULE !

PÈRE

MÈRE

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Téléphone portable :

Téléphone portable :

E-mail :

E-mail :

Profession :

Profession :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. ou Mme,

Représentant légal de : certifie lui donner autorisation pour :

- Se licencier à la FSASPTT et adhérer à l'ASPTT Limoges pour toutes les activités ;
- Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessaires pour 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'accident est :

Téléphone portable : E-mail :

ASSURANCES

L'établissement d'une **Licence ASPTT PREMIUM** permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT. Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives 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 » ou « Assistance aux personnes ».

Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

REFUS D'ASSURANCE « DOMMAGES CORPORELS » ET/OU « ASSISTANCE AUX PERSONNES »

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Je soussigné(e) reconnais avoir pris connaissance :

- Du document d'information sur le produit 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 règlements (disponibles au secrétariat de l'association)

Je reconnais avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à l'intégrité physique et :

Je ne souhaite pas souscrire : d'assurance « Dommages Corporels » 1,60€ d'assurance « Assistance aux Personnes » 0,23€

TARIF SECTION

- Tarif à payer =
- Réduction éventuelle (justif) =
- Tarif final payé =
- Mode de paiement : Chèque Espèces Virement Autres :
- Nombre de paiement : 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois

AMENDES

Je m'engage à m'acquitter de toutes sanctions et pénalités financières qui me seraient infligées ou à mon enfant mineur dans le cadre de la pratique, par tout organisme habilité (Fédérations, ligues, comités, propriétaire des locaux...). J'atteste avoir conscience que le coût de ces amendes et sanctions, ainsi que les frais de dossier, de commission, de correspondance et de déplacement qui en découlent et qui sont liés aux sanctions sportives ou administratives sont à la charge du licencié incriminé et doivent être remboursés à la section sous quinze jours.

PAIEMENT

- J'ai pris connaissance que les licences et cotisations versées à l'association sont **définitivement acquises**, et ne saurais exiger un remboursement de cotisation en cours d'année en cas de démission, exclusion, ou tout autre cas de force majeure.

 **AVEZ VOUS PENSE AU MECENAT POUR SOUTENIR VOTRE CLUB ?** 
 ==> **DON FINANCIER AU CLUB = 66% de réduction fiscale sur vos Impôts !**

AVANTAGE LICENCIÉS

PROFITEZ DE LA SALLE DE SPORT - MUSCULATION

- Je souhaite profiter de l'avantage licencié

Règlement reçu le : Chèque bancaire Espèces Autres (CAF, ANCV...)

Renseignements : 06.04.41.59.81 - Complexe de Buxerolles, Rue Faraday, 87280 Limoges

90€
 AU LIEU DE 150€
 (Loisirs)



Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter les statuts et règlements de l'ASPTT Limoges, accessibles sur le site Internet.

Signature (du demandeur ou du représentant légal)

Fait à : Le :

HORAIRES D'OUVERTURE DU SIÈGE :

Du lundi au vendredi : 9h00-12h30 / 14h00-17h30

45 rue Chantelaue, 87000 Limoges
 05.87.41.56.25
www.limoges.asptt.com
limoges@asptt.com



ASPTT Limoges
 Club Omnisports



@limogesasptt

