

Partie réservée au Secrétaire d'activité						Total
LP-CE-Ch. Sport Carte Pass Région	CH Vacances Coupons Sports	Espèces	Chèques	Total	Droit à l'adhésion	
					Licence FSASPTT	
					Licence Fédérale	
					Cotisation activité	
					Prestations extérieures	
					Divers	
					NET A PAYER	

Contact et Renseignement :
André GALLICE au 06.31.93.31.15

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE POUR TOUTE INSCRIPTION

Les salariés, retraités du Groupe LA POSTE (conjoint) peuvent prétendre à une participation financière de l'entreprise égale à 60% du total, plafonnée à 80 euros pour le postier, 60 euros par enfant et 30 euros pour le conjoint. Afin de pouvoir en bénéficier demander une facture au Siège puis se connecter sur le site des activités sociales de La Poste : www.portail-malin.com et suivre les démarches à effectuer.

SAISON 2017 - 2018

Lieu de pratique : Terrain de Boules
ASPTT GRAND VALENCE
160 Route de Montélier
26000 VALENCE

Jour de pratique : Le Vendredi à partir de 14h30

Cotisation Saison 2017/2018	45 €
Si adhésion carte ASPTT (avec Licence FSASPTT PREMIUM) déjà acquittée dans une autre activité pour 2017/2018 (Préciser laquelle)	9 €

Moyens de règlement : Chèques, Coupons Sports, Chèques Vacances, carte Pass Région, participation CE.

Les bulletins d'inscription accompagnés du certificat médical et du règlement sont à renvoyer à :

Secrétariat ASPTT GRAND VALENCE, 160 routes de Montélier, 26000 Valence
Tél : 04.75.78.54.54 le Lundi, Mercredi et Vendredi de 13H00 à 16H30

NE PAS OUBLIER DE REMPLIR LE RECTO DE L'IMPRIME

Partie 1 réservée à l'adhérent

Nom* _____ Adresse* _____
 Prénom* _____ Code postal* _____
 Date de nais.* _____ Ville* _____
 Sexe* Homme Femme Téléphone _____
 E-mail* _____ Mobile _____
 Profession _____ La Poste Id. RH (2) : _____
 Bénévole F. publique (1)

Etat sportif

Licence délégataire - Numéro : _____
 Compétition Affichage Forum Radio
 Certificat médical du : _____ Autre Manif. sportive Site Internet
 _____ Presse Un ami

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 17.00 €
 Licence FSASPTT Associée 2.00 €
 Licence FSASPTT Stage 10.00 €
 Licence FSASPTT Événementielle 2.00 €

Montants financiers

Droit d'adhésion : _____
 Licence FSASPTT : _____
 Montant section : _____
 Montant lic. dél. : _____
 Montant autre : _____
Montant total : _____
 Mode de paiement : _____

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 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 le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, 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 nécessaires 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 4 licences 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 est de 1,84 € et dans celui de la licence FSASPTT associée est de 0,60 €. Il est de 0,35 € dans la licence événementielle et de 0,45 € dans la licence stage. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit.

Concernant la licence FSASPTT associée, il est précisé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera le dossier de sinistre.

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 »