

Section :  
**ULTIMATE**

Mail : [asptt@flydiscr.fr](mailto:asptt@flydiscr.fr)

Tél. : 06 74 35 91 94

• **Renseignements généraux**

Nom* :	Adresse* :	
Prénom* :		
Date de naissance* :	Lieu* :	Code postal* :
Sexe* <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Ville* :	
Email* :	Téléphone :	
Profession :	Mobile :	

Bénévole <input type="checkbox"/>	La Poste <input type="checkbox"/> id. RH (1) :
-----------------------------------	--

(\*) Champs obligatoires

(1) Identifiant RH pour les postiers

• **Etat sportif**

<input type="checkbox"/> Licence délégataire – Numéro :	<input type="checkbox"/> Compétition	<input type="checkbox"/> Loisir
<input type="checkbox"/> Certificat médical du : ou <input type="checkbox"/> Renouvellement questionnaire de santé ( <b>réponse « NON » à toutes les questions</b> ) si vous avez déjà fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans		

**Informatique et libertés**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées sur 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'information » de la Fédération Sportive des ASPTT.

Ces données 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 et 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 chirurgicale médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'urgence est :

Mme ou M. :

Téléphone(s) :

Mail(s) :

## 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 éventuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

La FFFD (Fédération Française de Fying disc) propose une assurance complémentaire "I.A. Sport+" qui couvre les mêmes risques que la garantie "dommages corporels" mais permet de bénéficier de capitaux plus élevés (cf. site FFFD, rubrique Assurance/Médical). Cette dernière implique une cotisation supplémentaire de 15 €.

Je soussigné(e), M. ou Mme :

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 disponible sur le site [www.asptt.com](http://www.asptt.com))
- des statuts et du règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association).

Je suis satisfait 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 ».

A : \_\_\_\_\_, le :

*(Signature obligatoire du demandeur ou représentant)*

---

## Type de licence

Type d'adhésion :

Création

Renouvellement

Cotisation à payer :

Type activité :	Montant	Montant Avec IA sport+
<input type="checkbox"/> Sénior compétition	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 115 €
<input type="checkbox"/> Jeunes compétition (nés en 2001 et après)	<input type="checkbox"/> 80 €	<input type="checkbox"/> 95 €
<input type="checkbox"/> Loisirs (quel que soit l'âge)	<input type="checkbox"/> 65 €	<input type="checkbox"/> 80 €
<input type="checkbox"/> Complément Disc Golf	<input type="checkbox"/> 20 €	<input type="checkbox"/> 20 €
<input type="checkbox"/> Disc Golf seul	Contacter l'association	

PHOTO  
OBLIGATOIRE

Paiement par chèque bancaire à l'ordre de "ASPTT ORLEANS ULTIMATE", par chèque vacances ou coupon sport ANCV, ou par virement bancaire en précisant comme motif : « Cotisation Ultimate Nom et prénom » :

Titulaire : ASPTT GOLF LACROSSE MOLKKY ULTIMATE - IBAN : FR28 2004 1010 1202 2584 0U03 393 BIC : PSSTFRPPSCE