

**BULLETIN D’ADHESION 2021-2022**

**Section :**

**ULTIMATE**

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

**Tél. : 07 60 41 09 11**

* **Renseignements généraux**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom\* : | Adresse\* : |
| Prénom\* : |
| Date de naissance\* : Lieu\* : | Code postal\* : |
| Sexe\*  Homme  Femme | Ville\* : |
| Email\* : | Téléphone : |
| Profession : | Mobile : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bénévole  |  | La Poste  id. RH (1) : |

*(\*) Champs obligatoires (1) Identifiant RH pour les postiers*

* **Etat sportif**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Licence délégataire – Numéro : | Compétition |  Loisir |
|  Certificat médical du :  ou   Renouvellement questionnaire de santé ***(réponse « NON » à toutes les questions)*** 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.

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 satisfais à la visite médicale OBLIGATOIRE m’autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.

**A : , le :**

***(Signature obligatoire du demandeur ou représentant)***

**Type de licence**

**Type d’adhésion :**  Création  Renouvellement

PHOTO

OBLIGATOIRE

**Cotisation à payer :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Type activité :*** | ***Montant*** | ***Montant***  ***Avec IA sport+*** |
|  Séniors compétition |  100 € |  115 € |
|  U20 et U17 (nés en 2003 à 2007) compétition |  85€ |  100 € |
|  U15 et U13 (nés en 2008 à 2011) |  80€ |  95 € |
|  Loisirs (U17, U20 et seniors) |  75 € |  90 € |
|  Disc Golf (U20 et seniors) |  100 € |  115 € |
|  Complément Disc Golf ou ultimate |  20 € | |

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**

**ASPTT ORLEANS –** [**asptt.orleans@orange.fr**](mailto:asptt.orleans@orange.fr) **– Tél. : 02 38 69 01 01 – 723 av. de la Pomme de Pin 45590 ST CYR EN VAL**