

Adhérent

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :/...../.....

Sexe* : Homme Femme

E-mail* (en majuscules) :

La Poste -Identifiant RH (1).....

Bénévole

Etat sportif du demandeur

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. (Réponse **NON** à toutes les questions) Cerfa n° 15699*01

Licence FSASPTT

Licence FSASPTT 17€

Licence FSASPTT associée 2€

Licence stage 10€

Licence événementielle 2€

BULLETIN D'ADHESION 2017 – 2018 ASPTT PAYS CATALAN

Type d'adhésion : création renouvellement

ACTIVITE SPORTIVE :

Adresse* :

Code Postal* :

Ville* :

Téléphone :

Mobile :

Fonction publique ou assimilé
(fonction publique, entreprise publique, salarié d'association)

Comment avez-vous connu l'ASPTT ?
(pour une création)

- Affichage Presse
 Autre Radio
 Forum Site Internet
 Ami Manifestation sportive

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération.

A, le
Signature obligatoire du demandeur
ou du représentant légal

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 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 :

Nom :

Numéros de Téléphone :

Adresse e-mail :

(*) Champs obligatoires

(1) 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 ils 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 (disponibles 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 assurance 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 ».




Facture oui non

Adhérent (bénéficiaire d'une aide ou non)		
LA POSTE		FRANCE TELECOM
N° identifiant		
<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> SF	<input type="checkbox"/> Salarié
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> RGP	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant (- de 21 ans)	<input type="checkbox"/> Courrier	<input type="checkbox"/> Enfant (- de 18 ans)
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Colis	<input type="checkbox"/> Retraité

Si France Télécom, préciser de quel CE vous dépendez

CE DO SUD CE VMF CE RSI

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom Prénom			
 Domicile			
 Bureau			
 Mobile			

Détail de la cotisation

Coût	Réduction ou aide	Montant payé	Licence FSASPTT	Licence fédérale (délégué)	cotisation

Paiement	<input type="checkbox"/> Ch.B.	<input type="checkbox"/> Chèques Vacances <input type="checkbox"/> Coupons Sports	<input type="checkbox"/> Espèces	Montant
	Banque :			
Date :	N°			
Date :	N°			
Date :	N°			
Date :	N°			

Responsable du dossier :

.....

Date d'Adhésion serveur :

.....

Licence FSASPTT n°

ASPTT Pays Catalan Canohès
Siège Social : Route de Toulouges – 66680 CANOHES
Tél. 04 68 35 35 00
Site internet : www.payscatalan.asptt.com – Courriel : payscatalan@asptt.com

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » (Cerfa 15699-01) Préalable à la demande de renouvellement de licence

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Sportive des ASPTT.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À CE JOUR :		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

**SI VOUS AVEZ REPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS
ET QUE VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN 16/17 :**

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, en cochant la case « Renouvellement questionnaire de santé » sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu non à toutes les questions lors de la demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.