

**ACTIVITE :**

- Création  
 Renouvellement

**Partie 1 : réservée à l'adhérent**

Mme  M.

NOM :  Prénom :

Né(e) le :  à

Adresse :

Code postal  Ville  ☎ domicile

☎ Mobile  **E-Mail**   
(En majuscules)

Profession des parents : Père : ..... Mère : .....

Fonction publique ou assimilé  La Poste  N° identifiant : .....

**Etat sportif**

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

**Partie 2 : réservée au club**

**Type de licences (compris dans le tarif) :**

- Licence FSASPTT : 17 € (sans autres fédérations)  
 Licence FSASPTT associée : 2 € (avec autres fédérations ou certaines activités)

Adhésion statutaire	Tarif	Paiement :	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Chèques Vacances	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Autre
Licence fédérale			N° :			
Licence FSASPTT			N° :			
Cotisation			N° :			
<b>Total</b>						

## 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 l'enfant ....., 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 médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'urgence est ....., N° de téléphone : .....

## 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](http://www.asptt.com))

- Des statuts et 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 »

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

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature obligatoire**

(du demandeur ou du représentant légal)

Montpellier Métropole ASPTT : Siège Social :  
Complexe Sportif Léon CAZAL 237 Route de Vauguières – 34000 MONTPELLIER  
Tél. 04 99 52 60 70 – Fax 04 99 52 60 89  
Site internet : [montpellier.asptt.com](http://montpellier.asptt.com) – Courriel : [montpellier@asptt.com](mailto:montpellier@asptt.com)