

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUEL TENNIS.

Certificat Médical Saisie intraweb Saisie TR date : / / Saisie FFT date : / /
 Badge Répartition Gmail

ETAT CIVIL

NOM PRENOM.....
 Né(e) le à Melle Mme Mr
 Adresse
 Code Postal..... Ville.....
 Tél : Domicile Bureau
 Tél : 06..... Courriel@.....



ORIGINE DES ADHERENTS Autres La Poste France Télécom Service :

ACTIVITE SOUHAITEE DANS LA DISCIPLINE CHOISIE

Compétition Loisir N° Licence..... / N° Licence FSASPTT Class :

ADHERENTS BENEFICIANT D'UNE AIDE DE SON ENTREPRISE OU D'UN C.E

SI OUI : Nom de l'entreprise ou du C.E.....
 Si aide de la Poste : SF RGP Courrier Colis Autres :

Certificat médical obligatoire à fournir à votre section

ENFANTS MINEURS

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Nom Prénom..... Père Mère Tuteur légal
 Autorise - mon enfant désigné ci-dessus, à adhérer à l'ASPTT TOURS - Section TENNIS pour y pratiquer les activités proposées par cette section et les responsables de cette dernière, à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

AleSignature

LA RESPONSABILITE DE L'ASPTT TOURS A L'EGARD DES ENFANTS MINEURS

Le responsable de l'enfant doit s'assurer de la présence du moniteur ou de l'accompagnateur sur le lieu de rendez-vous ou sur le lieu de l'activité sportive avant de se séparer de lui. La responsabilité de l'ASPTT s'arrête dès la fin de la séance ou dès le retour sur le lieu de rendez-vous. Pour les enfants venant seuls, une lettre de décharge sera exigée.

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOMPRENOM.....TEL dom : 02.47. . . . TEL GSM : 06. . .
 NOMPRENOM.....TEL dom : 02.47. . . . TEL GSM : 06. . .

DROIT A L'IMAGE

j'accepte

je n'accepte pas

Informatique : La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès du secrétariat général de l'ASPTT Tours.

Les Photos : les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées sur tous les supports médiatiques (presse, audiovisuelle et radiophonique) et par des moyens de reproduction photomécanique s (films, cassettes vidéo etc.) Sans avoir le droit à une compensation

TARIFS

Adulte seul Couple Jeune-18 a Etudiant-25 Chômeur TOTAL

Adhésion	215	385	114	194	194	
rochecorbon	189	340	102	171	171	

Mode de règlement : Espèces Chèque. Organisme bancaire : Autre Ticket CAF

3 chèques max : 1^{er} Chèque n° Montant :€ 2^{ème} chèque. n° Montant :€.,
 3^{ème} chèque. n° Montant :€

La licence/ Assurance FSASPTT de base est obligatoire et comprise dans l'adhésion ASPTT (2 €)

Autre choix optionnel : Option 2 : à 8 € Option 3 : à 10 € multi activités à 25€

Ale/...../...2008

Signature

Certificat Médical Saisie intraweb Saisie TR date
 Badge Répartition Gmail

ETAT CIVIL

NOM PRENOM.....
 Né(e) le à Melle Mme Mr
 Adresse
 Code Postal..... Ville.....
 Tél : Domicile Bureau
 Tél : 06..... Courriel@.....



ORIGINE DES ADHERENTS Autres La Poste France Télécom Service :

ACTIVITE SOUHAITEE DANS LA DISCIPLINE CHOISIE

Compétition Loisir N° Licence..... / N° Licence FSASPTT Class :

ADHERENTS BENEFICIANT D'UNE AIDE DE SON ENTREPRISE OU D'UN C.E

SI OUI : Nom de l'entreprise ou du C.E.....
 Si aide de la Poste : SF RGP Courrier Colis Autres :

Certificat médical obligatoire à fournir à votre section

ENFANTS MINEURS

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Nom Prénom..... Père Mère Tuteur légal
 Autorise - mon enfant désigné ci-dessus, à adhérer à l'ASPTT TOURS - Section TENNIS pour y pratiquer les activités proposées par cette section et les responsables de cette dernière, à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.
 AleSignature

LA RESPONSABILITE DE L'ASPTT TOURS A L'EGARD DES ENFANTS MINEURS

Le responsable de l'enfant doit s'assurer de la présence du moniteur ou de l'accompagnateur sur le lieu de rendez-vous ou sur le lieu de l'activité sportive avant de se séparer de lui. La responsabilité de l'ASPTT s'arrête dès la fin de la séance ou dès le retour sur le lieu de rendez-vous. Pour les enfants venant seuls, une lettre de décharge sera exigée.

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOMPRENOM.....TEL dom : 02. 47. . . . TEL GSM : 06. . . .
 NOMPRENOM.....TEL dom : 02.47. . . . TEL GSM : 06. . . .

DROIT A L'IMAGE

j'accepte

je n'accepte pas

Informatique : La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès du secrétariat général de l'ASPTT Tours.
Les Photos, les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées sur tous les supports médiatiques (presse, audiovisuelle et radiophonique) et par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo etc.)
 Sans avoir le droit à une compensation

TARIFS

Mode de règlement : Espèces Chèque. Organisme bancaire : Autre Ticket CAF

3 chèques max : 1^{er} Chèque n° Montant :€ 2^{ème} chèque. n° Montant :€,
 3^{ème} chèque. n° Montant :€

La licence/ Assurance FSASPTT de base est obligatoire et comprise dans l'adhésion ASPTT (2 €)
 Autre choix optionnel : Option 2 : à 8 € Option 3 : à 10 € multi activités à 25€

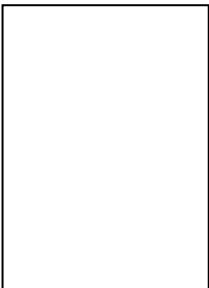
Ale...../...../2008

Signature

Certificat Médical Saisie TR date : / / Saisie FFT date : / /
 Badge Répartition Gmail

ETAT CIVIL

NOM PRENOM.....
 Né(e) le à Melle Mme Mr
 Adresse
 Code Postal..... Ville.....
 Tél : Domicile Bureau
 Tél : 06..... Courriel@.....



ORIGINE DES ADHERENTS Autres La Poste France Télécom Service :

ACTIVITE SOUHAITEE DANS LA DISCIPLINE CHOISIE

Compétition Loisir N° Licence..... / . N° Licence FSASPTT Class :

ADHERENTS BENEFICIANT D'UNE AIDE DE SON ENTREPRISE OU D'UN C.E

SI OUI : Nom de l'entreprise ou du C.E.....
 Si aide de la Poste : SF RGP Courrier Colis Autres :

Certificat médical obligatoire à fournir à votre section en cas de pratique régulière (3 fois /mois)

ENFANTS MINEURS

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Nom Prénom..... Père Mère Tuteur légal
 Autorise - mon enfant désigné ci-dessus, à adhérer à l'ASPTT TOURS - Section TENNIS pour y pratiquer les activités proposées par cette section et les responsables de cette dernière, à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

AleSignature

LA RESPONSABILITE DE L'ASPTT TOURS A L'EGARD DES ENFANTS MINEURS

Le responsable de l'enfant doit s'assurer de la présence du moniteur ou de l'accompagnateur sur le lieu de rendez-vous ou sur le lieu de l'activité sportive avant de se séparer de lui. La responsabilité de l'ASPTT s'arrête dès la fin de la séance ou dès le retour sur le lieu de rendez-vous. Pour les enfants venant seuls, une lettre de décharge sera exigée.

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOMPRENOM.....TEL dom :02.47. . . TEL GSM : 06. .
 NOMPRENOM.....TEL dom :02.47. . . TEL GSM : 06. .

DROIT A L'IMAGE

j'accepte

je n'accepte pas

Informatique : La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès du secrétariat général de l'ASPTT Tours.

Les Photos : les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées sur tous les supports médiatiques (presse, audiovisuelle et radiophonique) et par des moyens de reproduction photomécanique s (films, cassettes vidéo etc.)
 Sans avoir le droit à une compensation

TARIFS

Mode de règlement : Espèces
 Chèque. Organisme bancaire : Autre Ticket CAF

3 chèques max : 1^{er} Chèque n° Montant :€ 2^{ème} chèque. n° Montant :€.,
 3^{ème} chèque. n° Montant :€

La licence/ Assurance FSASPTT de base est obligatoire et comprise dans l'adhésion ASPTT (2 €)
 Autre choix optionnel : Option 2 : à 8 € Option 3 : à 10 € multi activités à 25€

Ale/...../.....200

Signature