

NOM : Prénom :

Né(e) le : à Mlle Mme M.

Adresse 1 : Rés,Bat,Esc

Adresse 2 : Rue,Ave,,Voie

Code postal Ville domicile

Bureau Mobile E-Mail

| Adherent bénéficiant d'une aide | |
|---|-----------------------------------|
| LA POSTE | CONVENTIONNE |
| N° Identifiant | |
| <input type="checkbox"/> Salarié | <input type="checkbox"/> SF |
| <input type="checkbox"/> Conjoint Salarié | <input type="checkbox"/> RGP |
| <input type="checkbox"/> Enfant (- de 21 ans) | <input type="checkbox"/> Courrier |
| <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Colis |
| <input type="checkbox"/> Conjoint Retraité | <input type="checkbox"/> Autres |
| | Nom de l'entreprise : |
| | France Télécom : |
| | Nom du CE |

| LICENCIE | LICENCE Fédération Sportive ASPTT | |
|------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> Fédérale obligatoire 2,00 € | <input type="checkbox"/> Fédérale option 10,00 € |
| <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Fédérale : option 8,00 € | <input type="checkbox"/> licence temporaire |

Les personnes à contacter en cas d'urgence sont à mentionner au dos de ce bulletin

- ◆ Je reconnais : avoir pris connaissance des statuts et règlement intérieur (peuvent être consultés au siège social de l'association) et de l'étendue des garanties d'assurance et/ou d'assistance proposées dans le dépliant qui m'a été remis lors de mon adhésion ; avoir satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.
 - ◆ 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 rectification, pour les données vous concernant, auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT.
 - ◆ 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, par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation.
 - ◆ Toute activité commencée est due , aucun remboursement ne sera effectué après le 1^{er} cours
- J'accepte Je n'accepte pas

à le signature obligatoire

dans tous les cas

Autorisation des parents pour les enfants de moins de 18 ans :

Je soussigné, Nom Prénom Père Mère Tuteur légal

domicile Bureau Mobile

- ◆ Autorise : mon enfant, désigné ci-dessus, à adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités mentionnées sur ce bulletin (y compris les activités proposées par cette association) et à prendre place dans une voiture particulière afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisir au cours de la saison ; les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'ur

à le Signature

Personnes à contacter en cas d'urgence

| | | | |
|------------|--|--|--|
| Nom | | | |
| Prénom | | | |
| ☎ domicile | | | |
| ☎ Bureau | | | |
| ☎ Mobile | | | |

Détail de la Cotisation à saisir par le Secrétaire ou le Trésorier de Section

| Coût | Réduction ou aide | Montant payé | Adhésion statutaire | Licence FS ASPTT | LICENCE OPTION | Licence Fédérale | Cotisation Section | Autre |
|------|-------------------|--------------|---------------------|-------------------------------|---|------------------|--------------------|-------|
| | | | 8.00 | <input type="checkbox"/> 2.00 | <input type="checkbox"/> 8.00 option 1 <input type="checkbox"/> 10.00 option 2 | | | |

| | | | | |
|--------------------|--------------------|--|----------------|--|
| Certificat Médical | Date de délivrance | | Nom du Médecin | |
|--------------------|--------------------|--|----------------|--|

| Paiement | | <input type="checkbox"/> CCP | <input type="checkbox"/> Ch.B. | <input type="checkbox"/> Chèques Vacances | <input type="checkbox"/> Espèces | <input type="checkbox"/> Aide | <input type="checkbox"/> Autre |
|----------|--|------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Date | | N° | | | | | |
| Date | | N° | | | | | |
| Date | | N° | | | | | |

ASPTT Montpellier Siège Social : 237 Route de Vauguières – BP 61063 –34007 MONTPELLIER Cedex 1
 Tél. 04 99 52 60 70 – Piscine 04 99 52 60 80 Fax 04 99 52 60 89
 Site internet : montpellier.asptt.com – Courriel : montpellier@asptt.com