

Groupe :

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS SECTION

NOM ADHERENT : Prénom :

Mlle

Mme

M.

Né(e) le : à :

Nom et prénom des parents :

Adresse de l'adhérent :

.....

.....

Code postal : Ville :

Téléphone **domicile** : Téléphone **bureau** :

Téléphone **portable** :

Adresse **e-mail** :

Écriture bien lisible afin d'éviter les erreurs svp

Activité professionnelle de l'adhérent ou des parents (si enfant mineur) :

La Poste

Entreprise conventionnée

France Télécom

Autre

Profession des Parents (facultatif) :

AUTRES RENSEIGNEMENTS

S'agit-il : d'une nouvelle inscription ?

d'un renouvellement ?

Pour les nouveaux, le nageur a-t-il passé un test au moment de l'inscription ?

Oui

Non

L'adhérent fréquentait-il un autre club de natation la saison passée ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

Avez-vous un autre enfant inscrit à l'ASPTT Toulon Natation ?

Oui

Non

Si oui, dans quelle activité ou groupe ?



Bulletin d'adhésion

2009/2010

Nom	Prénom	Né(e) le	ACTIVITES _____ _____ _____ _____
Adresse			
Code Postal	Ville		

Domicile	Bureau	Mobile
-----------------	---------------	---------------

Email	
--------------	--

Licence fédérale discipline	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N°	Compétition	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------------	--	--	--------------------	--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Licence FS ASPTT	<input type="checkbox"/> Fédérale 2€	<input type="checkbox"/> Option 2 à 8€	<input type="checkbox"/> Option 3 à 10€	<input type="checkbox"/> Licence multi-activités
-------------------------	---	---	--	---

L'autorisation des parents est à remplir au dos de cet imprimé.

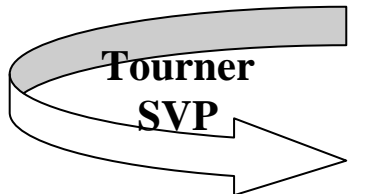
Je reconnais : avoir pris connaissance des statuts et règlement intérieur (peuvent être consultés au siège social de l'association) et de l'étendue des garanties d'assurance et/ou d'assistance proposées dans le dépliant qui m'a été remis lors de mon adhésion ; avoir satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés. Informatique : « 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 Secrétariat Général de l'ASPTT.




<input type="checkbox"/> J'accepte
<input type="checkbox"/> Je n'accepte pas




Que les photos, 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, sur le site Internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation.

Lieu	Date
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »	

Cachet de l'ASPTT :



Personnes à contacter en cas d'urgence			
NOM			
PRENOM			
 Domicile			
 Bureau			
 Mobile			

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS			
NOM	PRENOM	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal	
 Domicile	 Bureau	 Mobile	
<p>Autorise : mon enfant, désigné au dos, 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'urgence.</p>			
Lieu :		Date :	
<p>Signature : Précédée de la mention « lu et approuvé »</p>			

Adhérent bénéficiant d'une aide				Dossier suivi par	
LA POSTE		FRANCE TELECOM	AUTRE	
N°identifiant	A préciser	Pièces fournies ou présentées	
<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> SF	<input type="checkbox"/> Salarié		<input type="checkbox"/> Certificat médical	
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> RGP	<input type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/> Demande d'aide	
<input type="checkbox"/> Enfant (-de 21 ans)	<input type="checkbox"/> Courrier	<input type="checkbox"/> Enfant (-de 18 ans)		<input type="checkbox"/> Autres (à préciser)	
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Colis	<input type="checkbox"/> Retraité		
	<input type="checkbox"/> Autres			Reçu complet le :	

Certificat médical	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Attestation	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Détail de la cotisation									
Coût	Réduction ou aide	Montant payé	Adhésion statutaire	Licence FS ASPTT	Licence fédérale	cotisation	aide	autre	autre
Paiement		<input type="checkbox"/> Chèques	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Aides	<input type="checkbox"/> Autres				

