ASPTT CHOLET
CLUB OMNISPORTS
cultivons vos envies

BULLETIN D'ADHÉSION
2022-2023

Salle d'Activités et Loisirs VAL de MOINE
65 Avenue du Lac
49300 - CHOLET
tél : 02 41 58 77 58 mail : cholet@asptt.com

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CLUB

Activité : RELAXATION justificatif d'adhésion : oui non

IDENTITÉ

Nom* : _____ Prénom* : _____
Sexe* : ☐ Homme ☐ Femme Date de naissance* : ____ / ____ / ____
Adresse du domicile* : _____
Code Postal* : _____ Ville* : _____
E-mail* : _____
Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____
Profession : _____ Fonction publique : ☐ Oui ☐ Non
☐ La Poste / Identifiant RH : _____
☐ Bénévole
☐ 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 Cerfa n°15699*01 (Réponse NON à toutes les questions)
Ou, pour les mineurs :
☐ Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence

CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ[1]

(À remplir obligatoirement si les fonctions ci-dessous sont exercées)

J'atteste exercer la ou les fonctions de :
☐ Encadrant ☐ Dirigeant ☐ Arbitre ☐ Maitre-nageur

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport. À ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'État afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué.

☐ **J'ai compris et j'accepte ce contrôle**
☐ **Je renonce à mes fonctions**

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :
Nom et Prénom de naissance* (si différent de l'usage) _____
Lieu de naissance*(1) :
☐ Né en France : Département _____ Commune : _____
☐ Né à l'étranger : Pays _____ Ville : _____
Si né à l'étranger :
Nom de la mère _____ Prénom de la mère _____
Nom du père _____ Prénom du père _____

ACTIVITÉS ET MONTANTS FINANCIERS

Activité : RELAXATION

Type d'adhésion : ☒ Création ☐ Renouvellement
Licence FSASPTT :
☒ Licence ASPTT PREMIUM 22 €
☐ Licence FSASPTT ACCESS 7 €
☐ Licence FSASPTT EVENT 2 €

Licence FSASPTT : 22.00
Droits d'adhésion club : 55.00
Montant section : 163.00
Montant licence délégataire :
Montant autre :
Montant total : 240.00
Mode de paiement :

ASPTT
FEDERATION OMNISPORTS
cultivons vos envies

*mentions obligatoires 1: Pour plus d'informations, consulter la note en annexe

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M. ou Mme _____ représentant légal de _____

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 : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : *FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.*

☐ Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisées 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 (cession de droit à l'image).

☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT, ses Comités Régionaux et ses structures affiliées.

☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

ASSURANCES

L'établissement d'une licence ASPTT PREMIUM ou FSASPTT EVENT permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT.
Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives 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 » ou « Assistance aux personnes ».
Le montant de ces assurances compris dans le prix de la licence ASPTT PREMIUM est de 1,60 € pour l'assurance « Dommages corporels » et de 0,23 € pour l'assurance « Assistance aux personnes ». Il est respectivement de 0,35 € et 0,10 € dans la licence FSASPTT EVENT. Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

REFUS D'ASSURANCE "DOMMAGES CORPORELS" ET/OU "ASSISTANCE"

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », 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.

Je soussigné(e), _____ reconnais avoir pris connaissance :

+ Du document d'information sur le produit 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 (disponible au secrétariat de l'association)

Si le soussigné refuse de souscrire à ces assurances, 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 ou les cases ci-dessous :

☐ Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »

☐ Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Assistance aux personnes »

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

À _____

le : _____ / _____ / _____

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant :

ASPTT
FEDERATION OMNISPORTS
cultivons vos envies