|  |  |
| --- | --- |
| ***Bulletin d’adhésion BABY 2024 – 2025***  ***Club ASPTT Escalade Digne-les-Bains*** | |
| Création Renouvellement | |
| ***ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE INSCRITE*** | |
| Fille Garçon  NOM :  PRÉNOM :  ADRESSE :  CODE POSTAL :  VILLE : | DATE DE NAISSANCE :  LIEU DE NAISSANCE :  TÉL. MOBILE :  TÉL. DOMICILE :  TÉL. TRAVAIL :  E-MAIL : |

|  |
| --- |
| ***FORMULE D’ADHÉSION*** |
| **LES FORMULES LOISIR** (hors COMPÉTITION) |
| Le coût de l’adhésion comprend une part licence Fédération Française de Montagne et d’Escalade (FFME), une part licence ASPTT et un part Club, une responsabilité civile obligatoire (6€) et l’assurance de « BASE » (8€). Le détail est disponible à la demande auprès du Club. |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ***Section*** | ***Base*** | ***Créneaux*** | ***Licence*** | | *****Jeune 3/4 ans*** | *Bloc*  ***205€*** |   *Mer. 10h-11h*  ***OU***   *Sam. 10h-11h* | *FASPTT* | | *****Jeune 5/6 ans*** | *Bloc*  ***205€*** |  *Mer. 11h-12h*  ***OU***    *Sam. 11h-12h* | *FASPTT* |  |  | | --- | | ***POUR LES FONCTIONNAIRES D’ÉTAT (hors Hospitalière)*** | | Fonctionnaire d’État bénéficiant du SRIAS (conjoint, enfants) : - 40€  **Joindre impérativement une fiche de paie à l’inscription**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **SYNTHÈSE DE L’ADHÉSION ET MODALITÉS DE PAIEMENT** | | | | | | **Synthèse de l’adhésion** – Veuillez reporter | | | **Modalités de paiement** | | | Le coût total « Formule » : | | € |  | Montant | | Chèque : | € | |  Coupon Sport : | € | |  ANCV : | € | | La déduction « Fonctionnaire d’État » : | | € |  Autre, préciser : | € | | **TOTAL :** | | **€** | **TOTAL :** | **€** | | |
| ***AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS*** | | |
| *AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs) :*  *Je, soussigné(e) Mme ou M. Représentant légal de*  *Certifie lui donner l’autorisation de :*  *- se licencier à la FSAPTT et à la FFME 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’accident est :*  *Numéros de téléphone :* | | |
| ***CERTIFICAT MÉDICAL*** | | |
| **Pour les mineurs** | | |
| Le certificat médical, pour les mineurs, est remplacé par un questionnaire de santé jeune à remplir.  - Répondre NON à toutes les questions : un responsable légal atteste que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative et le jeune n’a pas besoin de produire un certificat médical pour prendre sa licence.  - Répondre OUI à au moins l’une des questions : le jeune est tenu à un examen médical et doit produire un certificat de non-contre-indication à la pratique sportive pour prendre sa licence, veiller à ce que le médecin ajoute la mention « y compris en compétition » pour pouvoir participer aux compétitions. | | |
| |  | | --- | | ***INFORMATIQUE, LIBERTÉS ET CESSION DU DROIT A L’IMAGE*** | | La loi informatique et liberté n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, s’applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l’objet d’un traitement informatique et 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.  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. | | | |
| |  | | --- | | ***ASSURANCE*** | | 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 disponible sur les sites Internet des fédérations) : [www.asptt.com](http://www.asptt.com/).  - des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l’association)  Il est rappelé 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. | | | |
| |  | | --- | | **DÉCLARATION** | | **Je déclare sur l’honneur l’exactitude des informations portées ci-dessus et m’engage à respecter la réglementation des Fédérations.**  **A le / / Signature obligatoire** (du demandeur ou du représentant légal | | | |
|  | | |