



SECTION IAIDŌ SAISON 2024-2025



Type d'adhésion : Création Renouvellement

Nom* : _____ Prénom* : _____
Sexe* : Homme Femme Date de naissance* : ___/___/____ Lieu de naissance* : _____
Adresse* : _____
Code Postal* : _____ Ville* : _____
Courriel* : _____ Téléphone de contact* : _____
 Certificat médical du : ___/___/____ * Mentions obligatoires
En cas de renouvellement et possession d'un certificat médical de moins de 3 ans :
 Renouvellement via le questionnaire de santé (réponse NON à toutes les questions)
 Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue du renouvellement d'une licence

Par la présente, je déclare avoir pris connaissance et accepter les termes du règlement d'ordre intérieur.*

Contrôle de l'Honorabilité (A remplir obligatoirement si les fonctions ci ci-dessous sont exercées)

J'atteste exercer la ou les fonctions de : Encadrant Dirigeant Arbitre

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou 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* :

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 : _____

Cotisation : ASPTT Access (13€) ASPTT Premium (25€)
 Adulte (96€) ½ saison/Étudiant/junior (46€) 2^{ème} et plus (66€)
TOTAL : FFJDA (41€) + _____ = **€ , NON REMBOURSABLE**

Mode de Règlement : Espèces Chèques Vacances Chèque N° _____

Banque : _____ Nom du titulaire du chèque : _____

Pass'Sport : _____ CUS : _____

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 : _____ Courriel : _____

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 TFSASPTT.

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

Assurances

L'établissement d'une licence ASPTT PREMIUM ou Évènementielle 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 pour lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une telle couverture.

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 « Assurances aux personnes ». Il est respectivement de 0,35€ et 0,10€ dans la licence ASPTT Évènementielle.

Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou « 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 (disponibles 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.

A _____ le ____ / ____ / ____

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant légal