

RANDONNÉE PEDESTRE

ASPTT AURILLAC

Partie 1 réservée à l'adhérent

Nom* _____ Adresse* _____
 Prénom* _____
 Date de nais.* _____ Code postal* _____
 Sexe* Homme Femme Ville* _____
 E-mail* _____ Téléphone _____
 Profession _____ Mobile _____
 Bénévole La Poste Id. RH (2) : _____
 F. publique (1)

Etat sportif Comment avez-vous connu l'ASPTT ?

Licence délégataire - Numéro : _____
 Compétition Forum Radio
 Certificat médical du : _____ / _____ / _____ Autre Manif. sportive Site Internet
 _____ Presse Un ami

Ou, si vous avez déjà fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans :

Renouvellement questionnaire de santé (Réponse NON à toutes les questions)
 Certifi n°15699/01
 À _____ le _____ / _____ / _____
 Signature obligatoire demandeur ou représentant

Partie 2 réservée au club

Activité :
 Type d'adhésion
 Création
 Renouvellement
 Licence FSASPTT
 Licence FSASPTT PREMIUM 18.00 €
 Droit d'adhésion fédérale 2.00 €
 Licence FSASPTT Événementielle 2.00 €

Montants financiers

Droit d'adhésion : *
 Licence FSASPTT :
 Montant section :
 Montant lic. dél. :
 Montant autre :
 Montant total :
 Mode de paiement :

Informatique et libertés

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Fédération Sportive des ASPTT pour l'établissement des licences et adhésions sportives chaque saison.
 Conformément à la loi « Informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service « Système d'Informations » de la Fédération Sportive des ASPTT.
 Ces données pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié des s'opposer à leurs divulgations.

Cession de droit à l'image

Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées 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.

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 nécessaires 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 : _____
 numéros de téléphone : _____
 adresse e-mail : _____
 (*) Champs obligatoires
 (1) Fonction publique ou assimilé ; entreprise publique, salarié d'association
 (2) Identifiant RH pour les postiers

Assurance

L'établissement d'une des deux licences FSASPTT permet à son titulaire de bénéficier des assurances "Responsabilité civile", "Assistance" et "Dommages corporels" souscrites par la FSASPTT.

L'assurance « Dommages corporels » est facultative 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 ». Le montant de cette assurance compris dans le prix de la licence FSASPTT PREMIUM est de 1,84 € Il est de 0,35 € dans la licence événementielle. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit.

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir pris connaissance :

- De la notice d'assurance informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et d'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)

Je suis satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.

Refus d'assurance « Dommages corporels »

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels », 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.

Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance « Dommages corporels », 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 case ci-dessous.
 Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »

* 66% de ce montant donne droit à déduction fiscale (cf CERFA n°11580*03)

PARTIE RESERVEE AU SECRETARIAT

TARIFS

- Droit adhésion fédérale FSASPTT: 2,00€
- FSASPTT PREMIUM: 18,00€

Si déjà inscrit autre section, précisez : : 18,00 €
- Si Extension de « Droit » vers PREMIUM

- Licence FSASPTT Stage : 10,00 €

- Licence FSASPTT Événementielle : 2,00 €

Réduction postier (licence Premium gratuite) -18,00€

Licence déléguataire :

Adhésion statutaire : 37,00 €

Part section : 32,00€

Montant total du paiement :€

Coupons Sport : n°

Chèque vacances : n°

Espèces

	ADULTES
FSASPTT	18.00€
Part section	32.00€
Adhésion statutaire	37.00€
TOTAL	87.00€

ASPTT AURILLAC 230 Rue Jean Ferrat - 15130 ARPAGON SUR CERRE
04 71 64 57 55 aurillac@asptt.com www.aurillac.asptt.com
Secrétariat ouvert du lundi au vendredi 09h00 – 12h00

ATTENTION :

L'association ne collecte pas ce document
qui est à l'usage exclusif et confidentiel
du licencié en renouvellement



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ATTESTATION QS sport

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] ,
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la
négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] ,
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]..... ,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par
la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du représentant légal.