

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CLUB

Le club de l'ASPTT Saint-Etienne vous propose l'activité plongée.

Pour nous contacter : Téléphone : 04 77 74 72 28 ou par mail à saint-etienne@asptt.com

IDENTITE DE L'ADHERENT (E)

Nom * : _____ Prénom * : _____
 Sexe * : ☐ Homme ☐ Femme Date de naissance * : ____/____/_____
 Adresse du domicile * : _____
 Code postal * : _____ Ville * : _____
 Créneau choisi (indiquer le jour et l'heure) : _____
 E-mail * : _____
 Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____

☐ La Poste / Identifiant RH : _____

☐ Bénévole

☐ Licence Délégataire / Numéro : _____

☐ J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé (Cerfa n°15699*01)

CONTROLE DE L'HONORABILITE (à remplir obligatoirement si les fonctions ci-dessous sont exercées)

J'atteste exercer la ou les fonctions de :

☐ Entraîneur ☐ Dirigeant ☐ Arbitre ☐ Maître-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

☐ J'abandonne 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 : ____

AUTORISATION PARENTALE

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

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 : _____ e-mail : _____

PROTECTION DES DONNEES 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 électronique rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grand coing, 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 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 (cession de droit à l'image).
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de mon club ASPTT.
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part du Comité Régional FSASPTT
- ☐ 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 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 1,51 € pour l'assurance « Dommages corporels » et de 0,30 € 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. Les licenciés ASPTT PREMIUM bénéficient également d'une assurance « Protection juridique contre les violences physiques, psychologiques et sexuelles ».

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 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)

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