

**Informations complémentaires club**

**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

**AUTORISATION PARENTALE**

Jesoussigné(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 : \_\_\_\_\_

**ACTIVITÉS ET MONTANTS FINANCIERS**

Type d'adhésion :  Création  Renouvellement

Licence FSASPTT :

Droits d'adhésion club :

Montant section :

Montant licence délégataire : Montant autre :

Montant total :

Mode de paiement :

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 :