

informations complémentaires club

## Section Yoga

### 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 Délégitaire / 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

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 : \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_