

Section

Marche Nordique

IDENTITE DU PRATIQUANT

Qualité civile M Mme NOM _____ Prénom _____

Né (e) le _____ Identifiant RH (si postier) : _____

Adresse _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone Fixe : _____ Portable : _____

E-mail

Veillez écrire lisiblement en lettre MAJUSCULE.

CERTIFICAT MEDICAL DE L'ADHERENT

Si Renouvellement de la licence : OBLIGATION DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE AU DOS
Date du dernier certificat médical :

Si nouvelle licence : OBLIGATION DE SATISFAIRE A LA VISITE MEDICAL
Obligation de joindre le certificat médical à cette demande de licence

REGLEMENTATION

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et de l'étendue des garanties d'assurance et/ou d'assistance (consultable au siège social de l'association) ainsi que d'avoir satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sport(s) considéré(s).

J'autorise ou Je n'autorise pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations puissent être publiés et diffusés dans la presse écrite ou sur notre site internet (vidéos, photos, ...) sans avoir le droit à une compensation.

J'autorise ou Je n'autorise pas l'utilisation de mon adresse e-mail afin de recevoir les informations de l'ASPTT, y compris la newsletter.

Informatique : La loi n°78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès du Secrétariat Général de l'ASPTT

PAIEMENT DE LA COTISATION

Type de paiement possible : CHEQUES - ESPECES - PASS SPORT - CHEQUES VACANCES

MONTANT DE LA COTISATION TOTAL: N° chèque :

Mardi : 9h30 - 10h30 = 150€

Signature :

Le :

A :