



## Civilité

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_ Tél fixe : \_\_\_\_\_ Tél Portable : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

## Informations et Tarifs par personne

### ADHERENT COMMUNE

Montant de la cotisation : €

Espèces €  
 Chèque n° Banque :

### ADHERENT HORS COMMUNE

Montant de la cotisation : €

Espèces €  
 Chèque n° Banque :

→ Nom sur le chèque si différent de l'Adhérent.  
Souhaitez-vous une attestation pour votre CE ? :  Oui  Non  
Formulaire du CE fourni :  Oui  Non

La reprise des cours aura lieu le :

Le planning des cours sera sur le site [www.sasbmx.com](http://www.sasbmx.com) courant septembre 2021.

Pièces à fournir :

- La fiche complétée et signée
- Photo d'identité
- Certificat médical pour les majeurs
- 1 chèque par Adhérent à l'ordre de SAS
- Photocopie de la carte d'identité recto/verso

## Assurance individuelle accident

→ Tout sportif doit être assuré pour les éventuels dommages dont il serait responsable vis à vis d'un tiers.

LA LICENCE FEDERALE permet d'avoir inclus d'office une **Assurance Responsabilité Civile**.

Votre licence par ce contrat vous garantit ainsi pour les dommages corporels causés à autrui et pour les dommages matériels ou immatériels en résultant.

De plus si vous le désirez, vous pouvez prendre en complément une Individuelle Accident. Cette complémentaire optionnelle (*mais vivement conseillée*) couvre vos propres dommages en cas de tiers non responsable.

Souhaitez-vous souscrire une assurance complémentaire accident ?  Oui  Non

Souhaitez-vous souscrire une assurance perte de revenu ?  Oui  Non

**TOUT ADHERENT NON LICENCIE** auprès d'une fédération bénéficie d'une assurance responsabilité civile MAIF incluse dans la cotisation.

Saint Avertin Sport, via son assureur MAIF, peut vous proposer une assurance individuelle complémentaire : voir fiche IA+ Sport en fonction de la pratique sportive.

Souhaitez-vous souscrire une assurance perte de revenus ?  Oui  Non

## Mentions légales

**Saint-Avertin Sport**, 31 rue Frédéric Joliot-Curie, 37550 SAINT AVERTIN Tél 02 47 27 82  
Club affilié, Agrément ministériel DDJS n° 37-S-60, N° SIRET 775 302 656 00027

[www.saint-avertin.sport.fr](http://www.saint-avertin.sport.fr)

RGPD : les données collectées le sont aux seules fins de bon fonctionnement du Saint Avertin Sports et de ses sections, de l'inscription des adhérents auprès des fédérations auxquelles la section est affiliée. Les données ne sont ni cédées, ni vendues à des tiers ayant pour objectif de les exploiter à des fins commerciales. Vous disposez d'un droit de regard, rectification de vos données personnelles. La signature du présent dossier vaut acceptations de ces conditions.



## Droit à l'image

Nous autorisez-vous à utiliser votre photographie ou celle de votre enfant prise pendant les compétitions, les spectacles ou à l'entraînement pour

Illustrer notre site internet ?

Oui  Non

Illustrer un article Nouvelle République ou Presse communale ?

Oui  Non

Illustrer notre site Facebook ?

Oui  Non

## Certificat médical

Première inscription ou certificat initial de plus de 3 ans ou pratique d'un sport à risque ou requis spécifique de la fédération sportive

Je certifie que (NOM Prénom) \_\_\_\_\_ Né le \_\_\_\_\_

Qualité du médecin

N'a aucune contre-indication à la pratique de \_\_\_\_\_

Médecin Fédéral

Médecin du Sport

Autre Médecin

en loisir  en compétitions

Fait à \_\_\_\_\_

Ne présente pas de contre-indication médicale à un sur classement

Le \_\_\_\_\_

Cachet, Signature

## Questionnaire sport santé (Mineur ou majeur, voir en fin du présent formulaire)

Si certificat médical de moins de 3 ans et en cas de renouvellement d'inscription sans interruption

Je soussigné (NOM Prénom) \_\_\_\_\_ certifie avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire santé (CERFA n°15699\*01) pour l'inscription de (NOM Prénom) \_\_\_\_\_

Date du certificat médical initial \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

## Personne(s) à prévenir en cas d'accident

NOM Prénom \_\_\_\_\_ N° de Téléphone \_\_\_\_\_

## Personne(s) chargée(s) de récupérer votre enfant à l'issue des entraînements

NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ N° de Téléphone : \_\_\_\_\_

## Diplôme de secourisme

PSE1

Date d'obtention : \_\_\_\_\_

PSC1

Date d'obtention : \_\_\_\_\_

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Date d'obtention : \_\_\_\_\_

## Signature du dossier

Je soussigné (NOM Prénom) \_\_\_\_\_ Certifie exacte l'ensemble des informations fournies.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature (du représentant légal)