

Section : **BASKET-BALL SENIORS FEMININS (185€)**

IDENTITÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nationalité : \_\_\_\_\_  
 H  F Date de naissance : .... / .... / ..... À \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél domicile : \_\_\_\_\_ Mobile 1 : \_\_\_\_\_ Mobile 2 : \_\_\_\_\_  
 Email 1 : \_\_\_\_\_ Email 2 : \_\_\_\_\_  
 Profession :  
 La Poste n° Identifiant RH : \_\_\_\_\_  
 autre : \_\_\_\_\_  
 Profession des parents (pour mineurs) : \_\_\_\_\_

CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

- Encadrant  Dirigeant  Arbitre  Maître-nageur

(A remplir obligatoirement si les fonctions ci-dessous sont exercées)

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. A 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  Je renonce à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et Prénom (si différents de l'usage) :

Né en France : Département (N°) \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Né à l'étranger : Pays \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Nom et Prénom de la mère \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du Père \_\_\_\_\_

LICENCE

- Création  Renouvellement  Certificat médical du : .... / .... / .....  
 Premium  Access : N° licence délégataire \_\_\_\_\_ Ou  Questionnaire de Santé



Autre discipline pratiquée à l'ASPTT : \_\_\_\_\_

Retrouvez les questionnaires ici

PAIEMENT COTISATION

AIDES POUR 2023/2024

- Pass Sport (Etat)  Pass Jeunes76  Atout Normandie  CLJ (Ville de Rouen)  Contrat (Autres communes)  Bons Temps libre CAF

Total Cotisation : \_\_\_\_\_

Total des aides : \_\_\_\_\_

Reste à charge : \_\_\_\_\_

Mode de paiement :  1 Chèque  plusieurs chèques  Liquide  Chèques-Vacances  Coupons-sport

Facture, svp



Ici le document des aides

PROTECTION DES DONNÉES 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 mail [rgpd@asptt.com](mailto:rgpd@asptt.com) ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés 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.  
 Je ne souhaite pas recevoir des informations de mon club ASPTT.  
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.  
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part du Comité Régional FSASPTT  
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur ce bulletin d'adhésion et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération..

A \_\_\_\_\_ Le / /

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal

(A remplir obligatoirement si les fonctions ci-dessous sont exercées)

## CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

- Encadrant  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. A 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  Je renonce à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et Prénom (si différents de l'usage) :

Né en France : Département (N°) \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Né à l'étranger : Pays \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Nom et Prénom de la mère \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du Père \_\_\_\_\_

## PROTECTION DES DONNÉES 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 mail [rgpd@asptt.com](mailto:rgpd@asptt.com) ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés 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.
- Je ne souhaite pas recevoir des informations de mon club ASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part du Comité Régional 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 1,60 € pour l'assurance « Dommages corporels » et de 0,23 € 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.

## REFUS D'ASSURANCE "DOMMAGES CORPORELS" ET/OU "ASSISTANCE"

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 adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site [www.asptt.com](http://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 sur ce bulletin d'adhésion et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération..

A

Le / /

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal