

Nom\* : \_\_\_\_\_

Prénom\* : \_\_\_\_\_

Sexe\* :  Homme  Femme

Date de naissance\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance\*(1) :

Né en France : Département \_\_\_\_\_ / Commune \_\_\_\_\_

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

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)

Activité : GOLF

Montant financiers :

Type d'adhésion :  Création  Renouvellement

Droits d'adhésion : 5 €

Licence FSASPTT : 5 €

Licence FSASPTT :

Montant section : 163 €

Licence ASPTT PREMIUM 20 €

Montant licence délégataire : 57 €

Licence ASPTT ACCES 5 €

Montant autre : Total = 230 €

Licence ASPTT évènementielle 2 €

Mode de paiement

### Autorisation parentale

Je soussigné(e), M. ou Mme \_\_\_\_\_ représentant légale 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 : \_\_\_\_\_

\*Mentions obligatoires

(1) Nouvelles informations à renseigner pour les adhérents, notamment pour la collecte des informations dans le cadre de l'honorabilité des encadrants sportifs et des dirigeants.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessous et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération.

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant

