



# BULLETIN D'ADHESION KARATE 2020 - 2021



NOM et prénom :  Mme  M.

Adresse :

Code postal

Date de naissance :

Profession (du responsable légal pour les mineurs) :

Tél domicile :

Tél travail :

Tél portable :

E-mail :

### Pièces à fournir en plus du règlement de la cotisation :

- 1 certificat médical d'aptitude à la pratique du karaté (1)  ou questionnaire de santé   
Le bulletin d'inscription dûment rempli et signé   
La partie verso du document dûment remplie et signée (certificat médical (1) + assurances (2))   
1 photo

### TARIFS/pers. / saison (hors vacances scolaires et semaine de l'Ascension)

<b>1 cours/sem. - 16 ans</b> (valable 1 saison inclus licence assurance FSGT 33 € + adhésion COB 18,30 €)	<b>170 €</b>	<input type="checkbox"/>
<b>2 cours/sem. + 16 ans</b> (valable 1 saison inclus licence assurance EPGV 28 € + adhésion COB 18,30 €)	<b>210 €</b>	<input type="checkbox"/>
Par membre, à partir du 2 <sup>ème</sup> membre d'un même foyer - 30 € <input type="checkbox"/>	parrain - 20 €	<input type="checkbox"/>
<b>Option sur-assurance IAC-sport proposée par la FSGT</b>	.....€	<input type="checkbox"/>

Mode de règlement (à remplir par le COB) :  ANCV

CAF

Chèques :

Renouvellement de licence

### Chaque adhérent :

- Assume la totale responsabilité de ses affaires personnelles (vêtements, sacs, bijoux, CB, etc...) durant sa présence dans nos locaux. Nous l'invitons à éviter de se munir d'objets de valeur

### - Accepte les conditions ci-dessous :

- J'autorise la section COB arts martiaux, le COB et la FSGT à m'envoyer par mail, des communications officielles, notamment à des fins associatives
- Le remboursement au pro rata temporis (sur justificatifs) n'est possible que sur avis médical entraînant une inaptitude à la pratique supérieure à 2 mois ou dans le cas d'un déménagement à plus de 30 kms de la salle. Le montant de l'adhésion COB et de la licence-assurance FSGT n'est pas remboursable
- la responsabilité de l'association n'est engagée que durant les heures de cours  
L'Association se dégage de toute responsabilité dès que le cours est terminé
- J'autorise le COB à utiliser les prises de vues et/ou photo.s sur lesquelles je ou mon enfant figure
- Je reconnais avoir été averti.e que le.s film.s ou reportage.s photos pourront être diffusés auprès du public ou servir à des fins de promotion (plaquettes, CD, DVD, expositions photos...)

Signature de l'adhérent :

*Je certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces fournies et des renseignements mentionnés ci-dessus*

Date : .....



Merci de CONSULTER et SIGNER les conditions spécifiques de la fédé au dos du document



FEDERATION SPORTIVE ET GYMNIQUE DU TRAVAIL  
14 – 16 rue de Scandicci – 93508 Pantin Cedex  
Tel : 01 49 42 23 19  
Courriel : accueil@fsgt.org

### **CERTIFICAT MEDICAL (1)**

1 – S'il s'agit d'une première demande de licence, vous devez **OBLIGATOIREMENT** fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

2 – Un certificat médical reste valable 2 ans après la date du certificat d'origine, à condition de remplir le questionnaire de santé joint à ce document. Par la présente, je confirme avoir répondu :

- NON** à TOUTES les questions (dans ce cas, vous n'avez pas besoin de nouveau certificat médical)
- OUI** à AU MOINS une question (dans ce cas, vous devez fournir un certificat médical)

### **ASSURANCES (2)**

Je reconnais avoir pris connaissance (son représentant légal si mineur), dans le document joint à la présente demande, par ma structure :

- Des garanties « responsabilité civile et individuelle accident » dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût
- De la possibilité de renoncer à la garantie « Individuelle Accident » et des modalités pour y renoncer
- De la possibilité de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires :

Je décide de :

- renoncer à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel
- souscrire aux garanties complémentaires IAC-sport pour la somme de ..... €/an (à ajouter au montant de votre règlement de cotisation)

### **SIGNATURE DU TITULAIRE**

#### **OU DU REPRESENTANT LEGAL SI LE DEMANDEUR EST MINEUR**

*Je certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces fournies et des renseignements mentionnés ci-dessus.*

**Signature**

**Date :**

*Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurance liées à la licence ainsi que de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires offertes par l'assureur (informations figurant sur le document joint à cette demande) et de la notice jointe par la structure affiliée lors de l'adhésion. Je déclare accepter que les informations portées sur ma fiche individuelle soient traitées informatiquement sachant que la loi du 6 janvier 1978 (art. 26 et 27) me donne droit d'accès et de rectification, et que mes coordonnées puissent être transmises à des organismes extérieurs*