



MARTIGUES AVIRON CLUB

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'AVIRON

LIGUE PROVENCE – ALPES

BULLETIN D'ADHÉSION - SAISON 20.. /20..

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

PROFESSION :

COURRIEL :@.....

TÉLÉPHONE FIXE : PORTABLE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

.....

Je certifie :

- Avoir pris connaissance du règlement de la FFA et du règlement intérieur du Club particulièrement concernant les règles relatives à la sécurité
- Être capable de nager 25 m et de m'immerger

Assurance complémentaire ? : OUI / NON (*annexe 1 à signer en page 2*)

Signature du titulaire :

Autorisation du /des parent(s) pour les mineurs :

En cas d'accident de mon enfant, j'autorise les responsables du Club à prendre toutes les mesures d'urgence. En particulier et si nécessaire appel aux services de secours (18) pour transport à l'hôpital de Martigues.

Personne à prévenir et téléphone en cas d'urgence :

.....

Signature du / des parent(s) :

Renseignements complémentaires facultatifs (titulaire / parents) si vous acceptez d'être sollicités pour l'organisation des régates / déplacements :

Titulaire du permis de conduire E : OUI / NON

Titulaire carte mer / permis côtier : OUI / NON

À joindre au bulletin d'adhésion :

- Une photo d'identité : nouvelle adhésion uniquement
- Certificat médical d'aptitude à la pratique de l'aviron: nouvelle adhésion uniquement ou tous les 3 ans pour la compétition
- Attestation de réponse au questionnaire de santé « QS-Sport » en cas de renouvellement d'adhésion uniquement (*annexes 2 ou 3 à signer en page 2*)
- Un ou plusieurs chèque(s) libellé(s) à l'ordre du Martigues Aviron Club (indiquer au crayon les dates d'échéance souhaitées au dos)
- Obligatoire pour les mineurs : copie du test de natation sur 25 m avec immersion

Réservé au Club :

RN NA

Certificat médical (si nouvelle adhésion ou tous les 3 ans pour la compétition) :

Date du certificat médical :

Paiement :

N° de licence :



Je soussigné(e) (nom, prénom) Date de naissance

Adresse

atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire I. A. Sport+.

- Je souhaite souscrire la garantie I. A. Sport+ qui se substituera, en cas d'accident corporel, à la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation complémentaire de **10,79€** pour la saison sportive 2017/2018 au règlement de ma cotisation. J'ai bien noté que la garantie I. A. Sport+ serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de période de validité de ma licence.
- Je ne souhaite pas souscrire cette garantie.

Les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à la MAIF la prise en compte et le suivi de votre demande. Sauf opposition de votre part, elles pourront être utilisées pour l'envoi d'informations sur les produits et services distribués par la MAIF et ses filiales, notamment en matière d'assurance et de banque, et être transmises à leurs partenaires. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression que vous pouvez exercer à tout moment auprès du Secrétariat général de la MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@maif.fr. Vous pouvez également exercer votre droit d'opposition en cochant les cases ci-après : je m'oppose à l'envoi d'informations sur les produits et services distribués par la MAIF et ses filiales je m'oppose à la transmission de mes données personnelles aux partenaires de la MAIF et de ses filiales Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de l'assuré, entraîne, selon le cas les sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

Fait à Le
Signature
(pour les mineurs, signature des parents ou du représentant légal)

annexe 1

annexe 2 pour adulte

ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS-SPORT »

Dans le cadre du renouvellement de la licence FFA et conformément à la réglementation du Code du sport et règlement médical de la FFA,

je soussigné(e) M/Mme,

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-Sport - Cerfa N° 15699*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions

Date :

Signature du licencié(e) :

annexe 3 pour mineur

ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS-SPORT »

Dans le cadre du renouvellement de la licence FFA et conformément à la réglementation du Code du sport et règlement médical de la FFA,

je soussigné(e) M/Mme,

en ma qualité de représentant légal de

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-Sport - Cerfa N° 15699*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions

Date :

Signature du représentant légal :