

**ASSOCIATION SPORTIVE D'EMERAINVILLE
SECTION NATATION**

BULLETIN D'ADHESION 2021/2022

NOUVELLE ADHESION RENOUELEMENT

NOM :

PRENOM : Né(e) le/...../.....

HOMME FEMME

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Emerainville – Malnoue - Agglo – Extérieur

TELEPHONE :/...../...../...../..... ou/...../...../...../.....

E-MAIL :

SIMINEUR RESPONSABLE LEGAL :

NOM et PRENOM.....

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D URGENCE

Nom et tél. :

Montant de la cotisation :€ Chèque : Espèces :

Etablissement payeur :

N° de chèque : Montant :€

N° de chèque : Montant :€

N° de chèque : Montant :€

Certificat médical : Dr..... Fait le :/...../.....

Ou questionnaire de santé

CRENEAU(X) :

TROIS SIX ANS JOUR : HORAIRE
ECOLE DE NATATION
ADOS/PRE ADOS
COMPETITON
ESPOIRS
ADULTE
AQUA GYM
OFFICIEL

DECLARATIONS ET AUTORISATIONS

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'ASE Natation dont j'ai reçu un exemplaire par mail (disponible également auprès des membres du bureau) et m'engage à le respecter ou le faire respecter par mon enfant.

Autorise mon enfant à participer aux activités prévues par le club

Je reconnais avoir pris connaissance que l'adhésion à l'ASE Natation implique la souscription à la licence FFN et aux assurances associées, ceci quelle que soit l'activité pratiquée.

J'autorise la parution de photos de moi-même ou mon enfant sur le site officiel de l'ASE Natation ainsi que sur tous supports tels que journal de la mairie, affiches, etc. En cas de refus, merci de nous faire un courrier.

Je suis informé(e) que l'ASE Natation sera amené à stocker mes données personnelles dans le cadre de mon adhésion ou celle de mon enfant. Elles sont conservées pendant un an et sont destinées aux membres du Bureau et à la FFN. Conformément à la loi « informatique et libertés » vous pouvez exercer votre droit d'accès à vos données et les faire rectifier en contactant : asenatation.secretariat@gmail.com

Autorise en cas d'urgence, les responsables de l'ASE Natation (entraîneurs ou dirigeants), à faire pratiquer tous les soins médicaux nécessaires, jusqu'à l'hospitalisation.

Autorise l'ASE à communiquer par mail

Date et signature de l'adhérent ou de son responsable légal