

NOUVEL INSCRIT RÉINSCRIPTION

| CADRE À RENSEIGNER PAR L'ADHÉRENT | | (remplir en lettre majuscule) | |
|---|--|---|---|
| NOM | | PRENOM | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Né le | | À | code postal + ville |
| EMAIL : | | | |
| ADRESSE : | | | |
| Code postal / VILLE : | | | |
|  : |  en cas d'urgence |  | |
| <input type="checkbox"/> Extérieur | | <input type="checkbox"/> Étudiant | |
| <p>Conformément à l'article de la loi du 16 juillet 1984, les associations sont tenues d'informer les adhérents de l'intérêt de souscrire une assurance complémentaire ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de danger corporel. A cet effet, l'ASEAAC tient à la disposition de ses adhérents des formules de garanties susceptibles de compléter celles de l'assurance du club.</p> <p>► je déclare adhérer *ou ne pas adhérer au contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l'association ou la fédération sportive.</p> <p>► J'accepte le règlement intérieur de l'ASEAAC et des sections auxquelles j'adhère.</p> <p style="text-align: center;">Lu et approuvé, À Guer le</p> <p style="text-align: right;">Signature </p> | | | |
| *rayer la mention inutile | | | |

| ADHÉSION À L'ASSOCIATION | | CADRE À REMPLIR PAR UN PERSONNEL ENCADRANT | |
|--|-----------|---|-----------------------|
| CATEGORIE | Tarif (1) | Tarif 1 ^{er} mars | |
| Animateur | 0 ou 17€ | 0 ou 17€ | |
| EXTÉRIEUR 1 ^{er} INSCRIT | 63€ | 48€ | |
| EXTÉRIEUR 2 ^{ème} INSCRIT | 48 € | 38€ | |
| EXTÉRIEUR 3 ^{ème} INSCRIT et plus | 38 € | 28€ | |
| Étudiant (joindre carte étudiant) | 43 € | 33€ | |
| Passager (72h) | 10€ | 10€ | |
| +ADHÉSION AUX SECTIONS | | ACTIVITÉS /CADRE À REMPLIR PAR UN ENCADRANT | |
| ACTIVITÉS | TARIF (2) | Date du Certificat médical | Signature responsable |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

► Si renouvellement d'adhésion dans la même activité pas besoin de certificat médical à la condition d'avoir répondu NON au questionnaire de santé fourni par l'ASEAAC.

► J'atteste avoir répondu **NON** au questionnaire de santé.

Signature

| CADRE RÉSERVÉ A LA COMPTABILITÉ | | | TARIF 1 + TARIF 2 = _____ |
|---------------------------------|-----------------|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> CHÈQUE | Nom du chèque : | <input type="checkbox"/> CARTE BANCAIRE | |
| NUMÉRO 1 ^{ER} CHÈQUE | | BANQUE : | |
| NUMÉRO 2 CHÈQUE | | BANQUE : | |
| NUMÉRO 3 CHÈQUE | | BANQUE : | |

« J'autorise l'ASEAAC à me photographier ou me filmer dans le cadre des différents événements ou activités que l'Association organise.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'Association, notamment sur le site internet de l'Association, sa page Facebook ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou support numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'Association. »

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de l'ASEAAC qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité. En contrepartie l'ASEAAC s'engage à respecter l'image et à ne l'utiliser que dans le cadre précédemment défini.

Date et signature de l'adhérent :

Autorisation par le parent/représentant légal si mineur(e).

« Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom. »

Nom du représentant légal :

Adresse :

Code Postal : Ville :

.....

Date et signature du parent/représentant légal