

SAISON SPORTIVE  
2016/2017

# Bulletin d'adhésion individuelle



A remplir EN MAJUSCULE d'IMPRIMERIE: merci.

Mlle  Me  M.  **NOM** \_\_\_\_\_

**PRÉNOM** \_\_\_\_\_ Né(e) le . . . . .

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_ **Tel. Dom.** . . . . .

**C P** \_\_\_\_\_ **Ville** \_\_\_\_\_

**Tel. Dom.** . . . . . **Mobile** . . . . .

**E-mail** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Je suis déjà licencié(e) dans un autre club : \_\_\_\_\_ N° de Licence \_\_\_\_\_

JE DÉSIRES PRATIQUER les Sports suivants (cochez la ou les cases correspondantes)

<input type="checkbox"/> La Randonnée pédestre	<input type="checkbox"/> Les courses sur route	<input type="checkbox"/> Les Raids Montagne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> La Rando en montagne	<input type="checkbox"/> L'ultra fond	<input type="checkbox"/> Les Raids Multiactivités	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> La course d'orientation	<input type="checkbox"/> Le Trail	<input type="checkbox"/> Le Vélo Tout Terrain (loisir)	<input type="checkbox"/>

Ne pas remplir ce cadre

N° BULLETIN	A3R PY78
N° ADHÉRENT	
COMPÉTITION	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
LOISIR	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
LICENCE	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
_____	

**CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION à la pratique des sports suivants: ( Visé et Signé par votre médecin ou fournir un certificat séparé)**

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné ce jour Mlle, Me, Mr \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_, n'avoir pas constaté, à ce jour, des signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du(des) sport(s) suivant(s): \_\_\_\_\_ y compris en compétition.

Fait à: \_\_\_\_\_ **Signature et cachet** \_\_\_\_\_

Date de la visite \_\_\_\_\_

Nom du médecin \_\_\_\_\_

Licence UFOLEP

\_\_\_\_\_

Licence FFRP

\_\_\_\_\_

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et règlement intérieur (peuvent être consultés au siège social de l'association) et avoir satisfait à la visite médicale obligatoire m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés, que j'ai cochés auparavant.

La loi n°78-17 du 16-01-78, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès du Secrétaire d'ALTERNAT'ure 3R

Je déclare, en outre avoir été informé conformément à l'Article 38 de la loi du 16-07-84 de mon intérêt à souscrire un contrat d'assurance proposant des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel ; un extrait du contrat avec les 2 options, sont notifiées au verso du présent bulletin d'adhésion.

[oui] [non] Je souscris à l'assurance individuelle accident n°

\* Si oui, les 2 options proposées : 1 [ ] : 25,04 € - 2 [ ] : 37,04 €

AUTORISATION des PARENTS pour les Enfants de - 18 ans \_\_\_\_\_ Père  Mère  Tuteur légal

Je soussigné, **NOM** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_

& Dom. \_\_\_\_\_ & Travail \_\_\_\_\_ & Mobile 06. \_\_\_\_\_

**Adresse : (si différente de celle indiquée ci-dessus en § 1)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorise : mon enfant, désigné dans le premier paragraphe, à adhérer à l'ALTERNAT'ure 3R et à pratiquer les activités cochées et proposées par ALTERNAT'ure 3R,

RÈGLEMENT

Chèque postal  
 ou bancaire  
 Espèces

**Signature de l'adhérent ou de son tuteur** précédé de la mention "lu et approuvé"

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Libellé à l'ordre de:  
ALTERNAT'ure 3R  
N° du Chèque \_\_\_\_\_

### Extrait du contrat d'assurance des licenciés UFOLEP

Il est de notre devoir de vous informer de la possibilité qui vous est offerte de souscrire, en plus des garanties de base, des garanties complémentaires plus importantes en cas d'accident corporel lié aux activités sportives.

La solution sur mesure: l'UFOLEP a souscrit un contrat collectif d'assurance pour garantir en Responsabilité Civile à la fois votre Club affilié, ses dirigeants et pratiquants.

L'assurance complémentaire peut aussi être souscrite auprès de votre assureur habituel ou votre fédération sportive.

Le tableau ci-dessous vous présente la synthèse des garanties offertes.

Vous pouvez consulter l'intégralité du contrat auprès du secrétariat général de l'Association

Les extensions proposées figurent dans le tableau ci-dessous:

Nature des Garanties	Garanties de base	Option 1	Option 2
Frais de soins accident	7 623 €	7 623 €	7 623 €
Prothèse dentaire par dent	336 €	336 €	336 €
Lunettes de vue et lentilles	610 €	610 €	610 €
Prestations complémentaires *1	458 €	1 525 €	1 525 €
<b>Invalidité permanente:</b>			
- de 1 à 50%	30 490 € x taux	76 225 € x taux	76 225 € x taux
- de 51 à 100%	91 470 € x taux > 50% Maximum 60 980 €	228 674 € x taux > 50% Maximum 152 450 €	228 674 € x taux > 50% Maximum 152 450 €
<b>Décès accidentel</b>	7 623 €	15 245 €	30 490 € + 7 623 € au conjoint + 3 812 € par enfant à charge (capital total maximum de 60 980 €)
<b>Montant</b>	<b>Compris dans l'adhésion 1,17 € par an</b>	<b>25,04 € par an</b>	<b>37,04 € par an</b>

\*1 Prestations complémentaires: ces prestations compensent une partie des pertes de salaire ou de revenus de l'accidenté, soit les frais de garde ou d'assistance ou de rattrapage scolaire de la victime.