

**Bulletin inscription**  
**Semaine Kidisport OCTOBRE 2024**  
**ASPTT NIMES**

Nom\* : \_\_\_\_\_  
Prénom\* : \_\_\_\_\_  
Sexe\* :  Homme  Femme  
Date de naissance\* : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  
Lieu de naissance\*(1) :  
 Né en France : Département \_\_\_\_\_ / Commune \_\_\_\_\_  
 Né à l'étranger : Pays \_\_\_\_\_ / Ville \_\_\_\_\_  
Adresse du domicile\* : \_\_\_\_\_  
Adresse grands parents : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
E-mail\* : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone mobile : \_\_\_\_\_  
Allergies : N \_\_\_\_\_ Allergies alimentaires : N \_\_\_\_\_  
Problèmes de santé : N \_\_\_\_\_ Traitements : \_\_\_\_\_  
Activité : \_\_\_\_\_  
Absences exceptionnelles : \_\_\_\_\_  
Déjà licencié : 110€ / Non licenciés : 135€  
Mode de paiement : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_

**Autorisation parentale**

Je soussigné(e), M. ou Mme \_\_\_\_\_ représentant légal de \_\_\_\_\_ certifie lui donner l'autorisation de :

- *Se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités*
- *Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.*

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

La personne à contacter en cas d'urgence est : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

\*Mentions obligatoires

(1) Nouvelles informations à renseigner pour les adhérents, notamment pour la collecte des informations dans le cadre de l'honorabilité des encadrants sportifs et des dirigeants.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessous et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération.



À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant