



BULLETIN D'ADHESION

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code Postal:

Ville:

Tél. Fixe:

Tél. Mobile

Adresse Mail:

Date de naissance:

Personne à contacter en cas d'urgence:

Tél:

.....
Je soussigné(e), autorise expressément l'ASSA à utiliser intégralement ou partiellement, ensemble ou séparément, les enregistrements sonores et visuels et l'image de ma personne enregistrés lors d'activités organisées par ou pour l'ASSA.

La présente autorisation est accordée pour la durée d'existence de l'ASSA, pour une utilisation non commerciale, dans le cadre de ses activités, pour tous modes de diffusion, sur tous supports et en tous formats.

Je m'engage, lorsque je participe à une activité de l'ASSA, à avoir avec moi, tous les documents nécessaires, à la justification de mon identité et à la conduite de mon véhicule, ma carte d'assurance maladie et ma fiche sanitaire sous enveloppe fermée.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et du projet associatif de l'ASSA

Important: Fournir impérativement un certificat médical d'aptitude à la pratique sportive, valable pour la durée de la cotisation.

Fait à:

Le:

Signature: