



## Bulletin d'adhésion

Activités :

### ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

M  Mme

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### ACCORD D'ADHESION

#### INFORMATIQUE ET LIBERTE :

« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'un traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de **L'Écoute du Silence** . Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations.

#### CESSION DU DROIT A L'IMAGE :

J'accepte que les photos, les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, dvd, etc.) sans avoir le droit à une compensation.

#### AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs) :

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

- d'adhérer à **L'Écoute du Silence** pour toutes les activités,
- prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les activités 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'accident est : \_\_\_\_\_ numéros de téléphone : \_\_\_\_\_.

#### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE POUR LES MAJEURS :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

#### ASSURANCE :

Je reconnais avoir été avisé que je peux consulter sur demande :

- la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance

Je suis satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer les activités proposées ou les sports considérés. JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adhésion       Certificat

Signature obligatoire  
(du demandeur ou du représentant légal)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adhésion       Certificat

Signature obligatoire  
(du demandeur ou du représentant légal)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adhésion       Certificat

Signature obligatoire  
(du demandeur ou du représentant légal)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adhésion       Certificat

Signature obligatoire  
(du demandeur ou du représentant légal)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adhésion       Certificat

Signature obligatoire  
(du demandeur ou du représentant légal)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adhésion       Certificat

Signature obligatoire  
(du demandeur ou du représentant légal)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adhésion       Certificat

Signature obligatoire  
(du demandeur ou du représentant légal)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adhésion       Certificat

Signature obligatoire  
(du demandeur ou du représentant légal)