



SECTION DEMANDÉE

Badminton

Gymnastique.....

Volley-ball

Gymn'détente

Vitality Boost Gym-Douce

Renf. musculaire Gym Cardio

Etirements stretching Pilâtes .

Tai-chi Chuan .. Yoga

LoisirsDétente

Pétanque Vélo

Randonnée ..

Danse.....

Modern'Jazz .

Stretching .

Zumba .

Licence : Création : Renouvellement : Numéro :

ADHERENT :

Merci d'écrire très lisiblement vos N° de téléphone, date (s) de naissance(s) et adresse(s) mail(s)

Madame Monsieur Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Nom jeune fille :

Adresse⁽¹⁾ N°

Code Postal

Ville

N° de téléphone fixe : / / / /

N° téléphone portable :⁽¹⁾ / / / /

Adresse mail : ⁽²⁾

Nom de l'assuré(e) :

REPRESENTANT LEGAL : REMPLIR la partie "REPRESENTANT LEGAL" si l'ADHERENT EST MINEUR

Je soussigné Mme / M (Nom/Prénom) /

Adresse du représentant légal (si différente de l'adhérent)

Adresse⁽¹⁾ N°

Code Postal

Ville

N° de téléphone fixe : / / / /

N° téléphone portable :⁽¹⁾ / / / /

Adresse mail : ⁽²⁾

☐ J'autorise, l'Alerte Saint Jean et ses responsables à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical que l'état de mon enfant nécessiterait pour tout accident survenu au cours d'entraînement ou lors de compétitions pour la saison.

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'Alerte Saint Jean à la mise en ligne sur son site, de photos me concernant prises lors de compétition.

Selon les articles 226-1 à 226-8 du Code civil, tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image.

En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable, que l'image soit préjudiciable ou non. Font exception à cette règle les photos de foule ou la personne n'est pas le sujet centrale ou bien les photos prises de loin ou de dos.

Montant

Cotisation :

€

Espèces :

€

Chèque :

€

Nom de la Banque :

(Chèque à établir à l'ordre de l'Alerte Saint Jean)

Photo : Certificat médical ⁽³⁾ Adulte : Mineur :

En date du : / /

Attestation médicale : Adulte : Mineur :

Nbre

Valeur totale

PASS' LOISIRS :

€

PASS' SPORTS :

€

Coupon(s) Sport :

€

Chèque(s)-Vacances :

€

Attestation de paiement :

Fait à :

Le : / /

(Signature de l'adhérent ou de son représentant)

(1) En cas de changement, merci de nous en informer

(2) Écrire très lisiblement en MAJUSCULES

(3) En fonction des sections, (remplir le questionnaire de santé et vous donnez l'attestation médicale si toutes les réponses sont NON, si un OUI, alors le certificat Médical est obligatoire).



Cher Adhérent,

L'Alerte Saint Jean assure ses adhérents au titre de la « Responsabilité Civile » - « Défense et Recours » et conformément à la loi N°2022- 296 du 02 mars 2022- art 35 nous sommes obligés de vous proposer différentes Garanties en ce qui concerne les indemnités contractuelles en cas d'accident corporel.
Vous voudrez bien de ce fait remplir la déclaration ci-dessous.

DECLARATION de L'ADHERENT

Je soussigné, Nom :

Prénom :

Responsable légal de l'enfant - Nom :

Prénom :

Adhérent de la section :

☐ : Badminton / ☐ : Danse / ☐ : Gymnastique / ☐ : Gymnastique détente / ☐ : Loisirs Détente / ☐ : Volley-ball

De l'ALERTE SAINT JEAN déclare :

(Cocher la case utile)

- refuse de souscrire à l'une des options « indemnités contractuelles » figurant au tableau ci-dessous
- souscrire à l'option « 1 » pour un montant supplémentaire de 3,30 euros
- souscrire à l'option « 2 » pour un montant supplémentaire de 4,60 euros
- souscrire à l'option « 3 » pour un montant supplémentaire de 6,20 euros
- estime que les montants de garanties contractuelles proposées ci-dessous sont insuffisantes au regard des conséquences d'un éventuel sinistre. (*)

Fait à :

Le : / /

(Signature de l'adhérent ou de son représentant)

(*) Il est recommandé dans cette hypothèse, de vous adresser à votre Agent Général d'assurances, seul capable de vous proposer un contrat Individuel Accident étudié pour satisfaire vos besoins personnel

OPTION CHOISIE

Indemnités contractuelles par suite d'accident corporel	1" MINI "	2 " MIDI "	3 " MAXI "	FRANCHISE
DECES	15.000 €	20.000 €	40.000 €	NEANT
INCAPACITE PERMANENTE (à partir de 5%)	25.000 €	40.000 €	80.000 €	seuil 5 %
INDEMNITES JOURNALIERES	NEANT	15 €	25 €	4 jours
FRAIS de transport, de recherche et / ou sauvetage	1.500 €	2.500 €	3.500 €	NEANT
FRAIS D'OPTIQUE (par bris)	250 €	350 €	500 €	NEANT
FRAIS DE 1ère PROTHESE DENTAIRE (par dent)	250 €	350 €	500 €	NEANT
FRAIS DE TRAITEMENT COMPLEMENTAIRE	200 % du rembours. des Régimes Sociaux			
FORFAIT HOSPITALIER	selon Règlementation			NEANT
LOCATION DE PROTHESE OU APPAREILLAGES	160 €	160 €	160 €	NEANT
FORFAIT MEDECINE DOUCE	50 €	50 €	50 €	NEANT