



SECTION DEMANDEE

Badminton Gymnastique détente LoisirsDétente Danse
Gymnastique .. Cardio-dance Gym-Douce .. Cartes Pétanque Modern'Jazz
Volley-ball Renf. musculaire Gym Cardio Randonnée Vélo Stretching
Etirements stretching Pilâtes Zumba
Tai-chi Chuan Yoga ..

Licence : Création Renouvellement Numéro : _____

ADHERENT :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse ⁽¹⁾ N° _____

Ville : _____ Code Postal : _____

N° de téléphone fixe : __ / __ / __ / __ / __ N° téléphone portable : ⁽¹⁾ __ / __ / __ / __ / __

Adresse mail : ⁽²⁾ _____ Nom de l'assuré(e) : _____

REPRESENTANT LEGAL :

Je soussigné _____ (Nom / Prénom) _____ / _____

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

Adresse ⁽¹⁾ N° _____

Ville : _____ Code Postal : _____

N° de téléphone fixe : __ / __ / __ / __ / __ N° téléphone portable : ⁽¹⁾ __ / __ / __ / __ / __

Adresse mail : ⁽¹⁾ _____

- 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 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)

Avoir: _____ €

Photo Certificat médical ⁽³⁾ Adulte Mineur

En date du : __ / __ / ____

Attestation médicale : Adulte Mineur

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

(2) Ecrire très lisiblement en MAJUSCULES

(3) Adulte : la 1ère année / la 2ème et 3ème année (remplir le questionnaire de santé et vous donnez l'attestation médicale si toutes les réponses son NON, si un OUI, alors le certificat Médical est obligatoire).

Nbre Valeur totale

PASS' LOISIRS : _____ €

PASS' SPORTS : _____ €

Coupon(s) Sport : _____ €

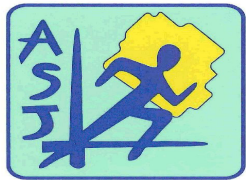
Chèque(s)- Vacances : _____ €

Attestation de paiement :

Fait à : _____

Le : __ / __ / ____

(Signature de l'adhérent ou de son représentant)



Cher Adhérent,

L'Alerte Saint Jean assure ses adhérents au titre de la «Responsabilité Civile» - «Défense et Recours» et conformément à la Loi du 16 juillet 84, modifiée en 92 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 1ere 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 |