ALERTE SAINT JEAN

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

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / _____ Nom jeune fille : _____

Adresse (1) N° _____ _____ _____ _____

Ville : _____ Code Postal : _____

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 _____ (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'entrainement 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)

	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)

☐ 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 1ere 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).

"*conformément au Réglement Général de Protection des Données N° 2016/679 du 27 avril 2016 vous disposez d'un droit d'accés et de rectification pour les données personnelles que nous enregistrons à partir de vos réponses*"

ALERTE SAINT JEAN

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 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