

Adhésion et fiche sanitaire

Saison 20__-20__



Nom :

Date de naissance:

Prénom :

Téléphone :

Email :

Pour les mineurs, nom et coordonnées des responsables légaux :

Responsable 1

Responsable 2

Nom Prénom :

Nom Prénom:

Email :

Email :

Téléphone :

Téléphone :

En cas d'urgence

Je soussigné(e),

autorise SPTR à prendre les mesures nécessaires **en cas d'accident de l'adhérent:**

- examen
- intervention chirurgicale d'urgence
- admission en établissement de soins

Personne à joindre en cas d'accident :

Médecin traitant :

Nom, Prénom :

Nom :

Téléphone (portable ou fixe) :

Adresse / téléphone :

Renseignements sanitaires

1 – L'ADHERENT

Homme / Garçon

Femme / Fille

N° Sécurité Sociale :

Groupe Sanguin :

2 – ALLERGIES

ASTHME	Oui	Non	
MEDICAMENTEUSES	Oui	Non	Si oui, préciser:
ALIMENTAIRES	Oui	Non	Si oui, préciser:

AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

OBSERVATIONS PARTICULIERES telles que difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Adhérent

Nom :	
Prénom :	

Je soussigné(e),

autorise SPTR à prendre des photos et des vidéos de l'adhérent dans le cadre des activités proposées et à les publier sur le site web de l'association ou dans la presse écrite locale.

comprends et accepte le règlement intérieur disponible à l'affichage au bureau de l'association (obligatoire)

Je consens à la collecte et au traitement de mes données personnelles dans le cadre du fonctionnement de l'association. Ces données sont utilisées dans le cadre de la gestion des adhésions, de la communication de l'association envers les adhérents et ne seront pas partagées à des tiers. Je dispose de la possibilité de connaître les éléments que l'association conserve à mon sujet et la possibilité de les voir corrigées ou supprimées, la demande de suppression entraînant de fait la radiation sans contre partie de l'association, qui ne sera plus en mesure de gérer mon adhésion (obligatoire)

Pour toute adhésion,

1. Remplir, dater et signer la présente **fiche sanitaire**
2. Fournir un **certificat médical de moins de 3 ans** (sous réserve de le renouveler à temps le cas échéant),
3. Se rendre sur le site <https://sptroquettois.fr>
4. Sur le site, aller à la page d'inscription et souscrire à l'**adhésion en ligne**:

pour chaque adhésion,

- choisir le **nombre de cours par semaine par personne à inscrire**
- compléter les **informations** sur chaque adhérent
- indiquer le(s) **cours** choisi(s) pour l'année
- déposer le(s) **certificat(s) médical(aux)**
- déposer la présente **fiche sanitaire remplie** (1 par adhérent)

DATE ET SIGNATURE*