ASSOCIATION SPORTIVE FONTENAISIENNE

Section HANDBALL

SAISON 2018– 2019

ADHERENT

M ☐ MME ☐

FORMULE

A ☐ B ☐ C ☐ D ☐

Nom : ..... Prénom :.....

Né(e) le :.....à :.....nationalité :.....

Adresse complète :.....

.....

Tél. fixe : ..... Tél. portable :.....

ADRESSE MAIL OBLIGATOIRE POUR POUVOIR FINALISER VOTRE INSCRIPTION - ADHERENT OU RESPONSABLE LEGAL(pour les mineurs):

/__/@/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

PERSONNE(S) A PREVENIR

Nom : ..... Prénom :.....

Lien de parenté :.....Tél. :.....

Nom : ..... Prénom :.....

Lien de parenté :.....Tél. :.....

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,

☐ J'accepte que mes données à caractère personnel soient utilisées pour gérer l'adhésion au club.

Signature de l'adhérent **Le parent ou tuteur légal**
(dans le cas d'adhérents mineurs)

DROIT A L'IMAGE

J'autorise expressément l'Association sportive fontenaisienne, ainsi que les ayants droit tels que les partenaires et médias, à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles je pourrais apparaître, prises à l'occasion de mon activité au sein de l'association, et ce pour une durée illimitée.

Dans le cas d'un adhérent mineur, j'autorise, en tant que parent ou tuteur légal, l'ASF à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, prises à l'occasion de son activité au sein de l'association, et ce pour une durée illimitée.

Signature de l'adhérent **Le parent ou tuteur légal**
(dans le cas d'adhérents mineurs)

AUTORISATION PARENTALE pour les mineur(e)s

Je soussigné(e) :.....agissant en qualité de père, mère, tuteur légal *, autorise, d'une part, mon enfant..... à pratiquer le Handball au sein de l'ASF ; et d'autre part, autorise, en cas d'accident, le responsable à tout mettre en œuvre pour faire soigner mon enfant. Je m'engage également à vérifier la présence d'un entraîneur ou d'un responsable du club au début du cours. Le club dégage toute responsabilité pour des enfants laissés sans encadrement dans ou hors du gymnase.

Fait à :..... le : .....

Signature ***précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »***

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par **ASF HANDBALL**. Elles sont conservées pendant **2 ans** et sont destinées **au secrétaire**.
Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **contact@asf-handball.org / ASF HANDBALL 10 place du Château Sainte BARBE - 92260 FONTENAY-AUX-ROSES**

* *rayer la ou les mention(s) inutile(s)*