|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PHOTO  ( ne pas coller) | **Club Sportif et Artistique**  **De la Défense de Lyon**  **Section 117 – MUSCULATION** | **Cadre réservé** | |
| Date d’inscription FCD |  |
| Comptabilité |  |
| Date de demande FCD |  |
| **Bulletin de demande d’adhésion 2024-2025** | Date du certificat médical |  |

Nouvelle adhésion au club  Renouvellement d'adhésion au club  Personne en situation de handicap

|  |
| --- |
| **1 – Coordonnées de l'adhérent (en MAJUSCULE) \*Obligatoire** |

Sexe \* : M  F

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom **\*** |  | Prénom **\*** |  |
| Nom de jeune fille **\*** |  | N° de pièce d’identité \* |  |
| Date de naissance **\*** |  | Lieu de naissance\*et code postal |  |
| Adresse **\*** |  | | | |
| Code postal **\*** |  | Tél fixe |  |
| Adresse Mail  **\*** personnelle |  | Tél mobile **\*** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2 – Qualité de l'adhérent\* Cochez la ou les cases** | | | | | | | | | | |
| **Défense en activité** | | | | **Défense en non activité** | | **Fonction au club** | | | | |
| Officier | Personnel QGF | | | Réserviste | | Membre Comité Directeur | | | | |
| Sous-officier | Personnel hors QGF | | | Retraité militaire | | Responsable ou adjoint | | | | |
| Militaire du rang | Stagiaire QGF | | | Retraité personnel civil | | Animateur | | | | |
| Personnel civil |  | | | Famille | | Dirigeant | | | | |
| Extérieur Défense | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **3 - Aptitude médicale\* Cochez la ou les cases** | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | * Je pratique un sport à contrainte particulière (sport de contact, tir, rugby…), je fournis un certificat médical de moins d’un an ; |  | | * Je pratique un sport sans contrainte particulière : J’atteste sur l’honneur avoir répondu positivement à au moins une question du questionnaire de santé, je fournis un nouveau certificat médical ; |  | | * Je pratique un sport sans contrainte particulière : J’atteste sur l’honneur avoir répondu **négativement** à toutes les questions du questionnaire de santé, je fournis UNIQUEMENT l’attestation que je joins à l’adhésion. |  | | | | | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| **4 - Cotisations et Mode de paiement (paiement par chèque bancaire à l'ordre du CSADL) \*** | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Licence FCD\* (obligatoire)** | | **19.00 €** |  | **Mode de Paiement** | **N° du chèque** | | **Date d'encaissement** | **Montant** | | |
| **Cotisation au CSADL** | | **20.00 €** |  | **Chèque** |  | |  |  | | |
| **Activité** | | **30.00 €** |  | **Numéraire** |  | |  |  | | |
| **Licence Fédérale Délégataire** | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **TOTAL** | | **69.00 €** |  |  |  | |  |  | | |
|  | |  |  |  |  | |  |  | | |
| Je demande une attestation de paiement pour fournir à mon comité d'entreprise | | | | | | | Oui | Non | | |

Adresse Mail  **\*** personnelle (EN MAJUSCULE)

|  |
| --- |
| 5 – Personne à prévenir en cas d’accident\* **Obligatoire** |

NOM \* : Prénom\* :

Tél fixe ou portable\* : Lien de parenté **\***:

|  |
| --- |
| **6 – Mentions légales** |

La personne susnommée, adhère au CSADL pour la période du 1er septembre 2024 au 31 août 2025.

Cette adhésion implique le respect des statuts et du règlement intérieur du CSADL ainsi que du règlement interne de la ou les activité(s) choisie(s). Il est porté à votre connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé ayant pour but la gestion de l'association. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant par demande écrite adressée au président du CSADL, responsable du traitement.

|  |
| --- |
| **7 – Contrôle élémentaire de sécurité** |

Je reconnais avoir été informé et accepte qu’une vérification de sécurité soit effectuée sur ma personne suite au dépôt de la demande de contrôle élémentaire.

|  |
| --- |
| **8 – Droit à l’image\*** |

J'autorise le club « CSADL » à me photographier et/ou me filmer dans le cadre des différents évènements du club. En conséquence de cela, j’accepte la diffusion et je renonce à toute contrepartie financière, l’exploitation de ces images ne se faisant pas à des fins commerciales.

Je n’autorise pas à me photographier et/ou me filmer.

|  |
| --- |
| **9 - Signatures\*** |

Je déclare avoir pris connaissance et accepter des articles 1 à 9 du présent document. Je reconnais également avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et des règlements internes de l'association et m'engage à les respecter

.

|  |  |
| --- | --- |
| Visa de l'adhérent | Date |
|  |  |
| Ou visa du représentant légal (si adhérent mineur) | Date |
|  |  |
| Visa du responsable de l'activité | Date |
|  |  |
| Visa du comité directeur (bureau) | Date |
|  |  |