



ADHÉSION CLUB CR SAINT GALMIER 2026

Exemplaire original à conserver au club



Renouvellement

Première adhésion

Nom : _____ Prénom : _____ N° de licence : _____

Date de naissance (J/M/A) : _____ Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

_____ : _____ @ _____

FORMULES DE LICENCES

CATEGORIE	FSGT (A)	FFCT PETIT BRAQUET (A)	FFCT GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	TOTAL (A)+(B)
ADULTE		57,00 € <input type="checkbox"/>	107,00 € <input type="checkbox"/>	10,00 € <input type="checkbox"/>	
ADULTE	60,00 € <input type="checkbox"/>			10,00 € <input type="checkbox"/>	
Adhésion Club Extérieur				20,00 € <input type="checkbox"/>	
Autres catégories ou options : se rapprocher d'un membre du bureau				10,00 € <input type="checkbox"/>	
TOTAL :	(A)+(B)				€

CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADHÉSION AU CLUB

- Le présent bulletin d'inscription signé
- Un chèque à l'ordre de CR Saint-Galmier
- Déclaration du licencié-Saison 2026 AXA uniquement pour les licenciés FFCT (Page2)

EN ADHÉRANT AU CLUB

- Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts du club, les informations de ce dossier d'adhésion et les statuts et règlements des Fédérations respectives.
- Droit à l'image : **OUI** **NON**
- J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club : **OUI** **NON**
- J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures. **OUI** **NON**

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

FSGT

- J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par mon club. sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnaiss expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

FFCT

- J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.

J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires

Fait le

Signature obligatoire :

- A transmettre par courrier ou déposer dans l'une des boites aux lettres avant le **15/12/2025 ou lors de l'assemblée générale**
- DUCROS Philippe 110 Rue des Chênes 42210 MONTROND LES BAINS
- BRUGERE Jean Luc 8 Avenue de la Coise 42330 SAINT GALMIER





ADHÉSION CLUB CR SAINT GALMIER 2026

Exemplaire original à conserver au club



Déclaration du licencié 2026

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) : _____

né(e) le : ____ / ____ / ____

Pour le mineur représentant légal de _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Licencié de la Fédération à (nom du Club) : _____

Déclare :

Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Areas et Europ Assistance pour le compte de ses adhérents ;
 Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité, Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération ;

Avoir choisi la formule : MB PB GB

et les options suivantes :

Indemnité Journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à _____ le _____

Signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour le mineur)

Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrons vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance.

Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour AIAC Courtage et les assureurs, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse contact@aiac.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75009 PARIS. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.