

**BULLETIN D'INSCRIPTION
D'UN MEMBRE D'UNE
ASSOCIATION AFFILIEE**

Saison 2012/2013
(1^{er} septembre 2012- 31 août 2013)

N° Adhérent

**Adhésion
à l'ASSOCIATION
ou la personne morale**

035 238 209

**CERCLE PAUL BERT
BREQUIGNY**

A remplir par les licenciés UFOLEP et à retourner daté et signé

Nom-Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Portable :

E-mail :

J'autorise la Ligue de l'enseignement à communiquer mes coordonnées personnelles à ses partenaires.

Type de licence : Praticant Dirigeant

Renseigner les activités pratiquées (codes au verso) :

--	--	--	--

Abonnements

Mensuel de la LIGUE :
« LES IDEES EN MOUVEMENT »
Abonnement individuel.

Oui, je m'abonne : 19,00 € pour 10 n°

Mensuel de l'UFOLEP-USEP :
« REVUE EN JEU »
Abonnement individuel.

Oui, je m'abonne : 22,00 €

A remplir pour devenir Adhérent à titre individuel de la Ligue

- Je veux également être Adhérent à titre individuel à la Ligue de l'enseignement, recevoir les Idées en mouvements (tarif préférentiel de 10 euros) et, par email, des informations sur ses initiatives et ses prises de position.
- Je joins un chèque de 22 euros à l'ordre de la Ligue de l'enseignement.

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Veuillez vous adresser à votre association.

Assurances

Votre association a souscrit auprès de l'APAC une assurance collective Multirisques Adhérents Associations qui comprend la garantie « Responsabilité Civile » obligatoire. Elle vous propose en outre une garantie « Individuelle Accident »

J'accepte les conditions de cette garantie « Individuelle Accident » de base dont la notice d'information m'a été soumise au préalable..

Je souhaite souscrire l'option supplémentaire suivante (voir au verso le tableau de ces garanties)

CIP option 1 CIP option 2 CIP option 3 (pour les mineurs)
 Tarif annuel : 22,80 € 29,40 € 21,70 €

Je ne souhaite pas souscrire d'option supplémentaire.

**Date
et
signature
de l'adhérent**

(ou si mineur,
du représentant légal)

Certificat médical

Je soussigné,docteur en médecine, certifie que

Nom-Prénom :

Date de naissance :

ne présente pas à ce jour de contre-indication, cliniquement décelable ce jour,
à la pratique de (des) l'activité(s) sportive(s) suivante(s) :

.....

Cachet et signature :

A

le.....