

SAISON _____

ADHESION A L'USMT. Section : _____



- PREMIERE ADHESION
- RENOUELEMENT DE L'ADHESION N° d'adhérent USMT : _____
- ADHERENT D'UNE AUTRE SECTION/ACTIVITE Si oui, laquelle : _____

L'ADHERENT

M. Mme Mlle Nom _____

Prénom _____ Date de naissance _____

Lieu de naissance _____ Nationalité _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Profession _____ Courriel _____ @ _____

Tél. domicile _____ Tél. portable _____

Pour les agents RATP et Ayants Droits

Nom & Prénom de l'agent _____ Matricule _____

Département/Unité _____ Date d'entrée RATP _____

Attachement _____ Téléphone interne _____

Pour les retraités RATP N° de pension _____

VOTRE SIGNATURE

Je déclare :

- me conformer aux dispositions prévues par les statuts, le règlement intérieur et le code d'éthique de l'USMT (consultable sur le site de l'Association),

- m'acquiescer de la cotisation,

- présenter un certificat médical original valide, d'aptitude au sport pratiqué,

- être informé(e) de la couverture d'assurance pour tous les sociétaires de l'USMT.

A ce titre, un formulaire détaillé m'a été remis le jour de mon inscription (tableau joint),

- avoir été invité(e) à prendre connaissance des Conditions Générales et Particulières du contrat AXA 3933235 404 mises à ma disposition au sein de l'Association,

- avoir été informé(e) de l'intérêt à souscrire une assurance personnelle complémentaire,

- avoir reçu le tableau et l'étendue des garanties.

- les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées, au Secrétariat de l'Association. En application de l'article 40 de la loi 78/17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour cela, veuillez vous adresser au Secrétariat de l'USMT.

- tout adhérent du club omnisports autorise l'USMT à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles il pourrait apparaître, prises à l'occasion de sa participation aux différentes compétitions ou entraînements, sur tous les supports, y compris les documents promotionnels et/ou publicitaires, dans le monde entier pour la durée la plus longue prévue par la loi.

Personne à prévenir en cas d'accident : _____ Téléphone _____

[Réinscription](#) : un avoir COVID19 est proposé.

J'utilise l'avoir

Je fais don de l'avoir à l'USMT

Assurance complémentaire proposée

J'accepte

Je refuse

Fait à _____, le _____

Signature de l'adhérent

AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL POUR LES ENFANTS MINEURS

Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de _____

- autorise l'enfant _____

à être adhérent(e) de l'USMT et subir une intervention chirurgicale si nécessaire,

- m'engage à respecter le code d'éthique.

Signature du représentant légal

CERTIFICAT MEDICAL

J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N° 15699*01. Dans le cas contraire, fournir un certificat médical.

Je soussigné(e), Docteur _____ atteste que

Monsieur / Madame _____

ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de/du

_____, y compris en compétition.

Cachet et signature du médecin

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DE LA SECTION

Catégories : A RA E RE DE

Nouvel agent Pupille RATP Honoraire

Signature du Président de la section



Union Sportive Métropolitaine des Transports

10, avenue Raymond Aron
Tél. 01.41.87.94.17

92160 ANTONY
www.us-metro.org

