

VEUILLEZ SVP REMPLIR ENTIEREMENT ET LISIBLEMENT LES 3 FORMULAIRES

RENOUVELLEMENT : OUI / NON

Nom : _____ Prénom : _____
 Grade (pour les militaires) : _____
 Date et lieu de naissance : / / à (.....)
 Sexe : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Tél. Prive: _____ E-mail privé : _____
 Unité : _____ N° poste : _____

Vous êtes :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Militaire BA 105 | <input type="checkbox"/> Militaire Hors BA 105 | <input type="checkbox"/> Civil extérieur base (membre autorisé) |
| <input type="checkbox"/> Famille de Militaire BA 105 | | |
| <input type="checkbox"/> Civil relevant de la Défense | | |
| <input type="checkbox"/> Famille de militaire hors BA 105 | <input type="checkbox"/> Enfant (- 6ans) | |
| <input type="checkbox"/> retraité de la Défense | <input type="checkbox"/> Participation / Adhésion HANDISPORT | |
| <input type="checkbox"/> Famille de civil relevant de la Défense | <input type="checkbox"/> Bureau ou Comité | |
| | <input type="checkbox"/> animateur ou responsable de section | |

ACTIVITE(S) CSA CHOISIE(S) :

Avez-vous besoin d'un laissez- passer CSA : OUI NON

Pas de laissez-passer pour les moins de 14 ans. Pour les familles de militaire le militaire doit faire un badge famille.

LE LAISSEZ-PASSER SERA REMIS CONTRE RETOUR DE CELUI DE L'ANNEE PRECEDENTE

Rappel pour les civils extérieurs (membres autorisés)

le parrain est un membre de droit faisant partie de la section depuis plus de 6 mois, 1 parrain par activité

ACTIVITE PARRAINEE	NOM ET PRENOM PARRAIN	SIGNATURE PARRAIN

Pour TOUS les membres

SECTION	NOM RESPONSABLE DE SECTION	SIGNATURE RESPONSABLE DE SECTION

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. Prive:

Tél. Professionnel :

Pièces à fournir :

- 2 photos d'identité (si besoin de laissez-passer, sinon 1 photo)
- 1 certificat médical d'aptitude à la pratique du sport concerné
- 1 autorisation pour enfants mineurs

(+) uniquement pour les membres autorisés :

- 1 photocopie recto/verso de la carte d'identité
- 1 demande de Contrôle Élémentaire

ASSURANCES

SOUSCRIT PAR LA FCD

DOMMAGES CORPORELS HORS INTOXICATIONS ALIMENTAIRES : 10 000 000 €uros

DOMMAGES IMMATERIELS CONSECUTIFS A UN DOMMAGE CORPOREL ET/OU MATERIEL GARANTI : 10 000 000 €uros

DEFENSE PENALE ET RECOURS 15 245 €uros

DECES 18294 €uros, FRAIS DE RECHERCHE A CONCURRENCE DE 1525 €uros

INVALIDITE PERMANENTE SUIVANT TAUX D'INVALIDITE ET A CONCURRENCE DE 36588 €uros

FRAIS MEDICAUX PHARMACEUTIQUES ET HOSPITALIERS 610 €uros PAR SINISTRE

FRAIS D'APPAREILLAGE 305 €uros PAR SINISTRE, FRAIS DOPTIQUE 305 €uros PAR SINISTRE

PROTHESE DENTAIRE 305 €uros PAR DENT ET 610 €uros PAR PERSONNE

PERTE DE SALAIRE EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL INDEMNITE JOURNALIERE 9.15 €uros (1 AN MAXIMUM ET FRANCHISE 7 JOURS°

ASSISTANCE AUX PERSONNES ET RAPATRIEMENT DES CORPS DANS LE CADRE DES ACTIVITES GARANTIES.

De même, les adhérents non en possession de la licence de la FCSAD se verront interdire la participation à la compétition ou manifestation organisée sous l'égide de la FCSAD.

LES DECLARATIONS DE SINISTRES DOIVENT ETRE FAITES DANS LES DIX JOURS QUI SUIVENT LE SINISTRE

LES CONTRATS D'ASSURANCES PEUVENT ETRE CONSULTES AU SECRETARIAT DU CLUB OU L'ADHERENT A LA POSSIBILITE DE SOUSCRIRE DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES QUI LUI SONT PROPOSEES

TRAITEMENT INFORMATIQUE

Je reconnais avoir été informé de la teneur de l'article 27 de la Loi 78-17 relatif à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

ARTICLE 27 : Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives doivent être informées :

- * du caractère obligatoire ou facultatif des réponses ;
- * des conséquences à leur égard d'un défaut de réponse ;
- * des personnes physiques ou morales destinataires des informations ;
- * de l'existence d'un droit d'accès et de rectification.

Je reconnais

- avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur de l'association ainsi que du règlement en vigueur au sein de la base aérienne 105 et déclare en accepter les termes.

- être informé du montant des garanties proposées par la GMF, assureur de la FCSAD et des garanties complémentaires.

Signature de l'adhérent obligatoire



**PARTIE TRESORERIE CSA BA 105
ANNEE 2016/2017**

Nom de l'adhérent(e) : _____ Prénom de l'adhérent(e) : _____
 Date et lieu de naissance : / / à (....) Sexe : ...
 Numéro de téléphone : _____

Vous êtes :	Adhésion		
<input type="checkbox"/> Militaire BA 105 <input type="checkbox"/> Militaire hors BA 105 <input type="checkbox"/> Famille de militaire BA 105 <input type="checkbox"/> Civil relevant de la Défense <input type="checkbox"/> Famille de militaire hors BA 105 <input type="checkbox"/> Retraité de la Défense <input type="checkbox"/> Famille de civil relevant de la défense	22 €		
<input type="checkbox"/> Civil extérieur base (Membre autorisé)	50 € <small>du 01/09/16 au 31/08/16</small>	35 € <small>du 01/02/17 au 31/08/17</small>	20 € <small>du 01/06/17 au 31/08/17</small>
<input type="checkbox"/> Participation / adhésion HANDISPORT	20 €		
<input type="checkbox"/> Enfant (- 6ans)	Gratuit		
<input type="checkbox"/> Bureau ou Comité	Gratuit		
<input type="checkbox"/> Animateur ou responsable de section	Gratuit		

ACTIVITE(S)	MONTANT	CERTIFICAT MEDICAL	SIGNATURE DU RESPONSABLE DE SECTION OBLIGATOIRE <u>AVANT DEPOT DU DOSSIER</u>
Montant total des activités		<u>VISA DU TRESORIER</u>	
Montant de l'adhésion			
TOTAL			

REGLEMENT UNIQUEMENT PAR CHEQUE A L'ORDRE DE : CSA BA 105

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE