



BULLETIN D'INSCRIPTION ADULTES

Saison 2022-2023

Renouvellement Nouveau

Nom Marital : Prénom :

Nom de Naissance :

Date de Naissance : / / Ville de Naissance : Code Postal :

Nationalité : Sexe : Masculin Féminin :

Adresse :

N° téléphone : N° de Portable : Mail :

Créneaux réservés à Coubertin (dirigés par un entraîneur)

Adultes (Nés en 2004 et avant) Loisir et Compétition	Lundi 20h30 - 22h30	<i>Groupe LA</i>	<input type="checkbox"/>
Adultes (Nés en 2004 et avant) Compétition et Loisir	Mercredi 20h30 - 22h30	<i>Groupe CA</i>	<input type="checkbox"/>

Cotisations : Adultes Loisir (né en 2004 ou avant) **125€**

Adultes Compétition (né en 2004 ou avant) **135€**

Maillot du club (obligatoire pour les compétitions) **25€**

Tout adhérent suivant d'une même famille bénéficiera d'une réduction de 15€

Recueil d'information et de consentement sur les données à caractère personnel

En application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous vous informons que vos données à caractère personnel collectées par l'ASMB Tennis de Table ont été recueillies sur la base de votre consentement, aux fins d'inscription. Elles seront conservées pendant 2 ans et sont destinées à l'ASMB Comité Directeur, l'ASMB Tennis de Table et la FFTT. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment et exercer des droits d'accès, d'opposition, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données en contactant le président de la section. En cas de violation du RGPD, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Je souhaite participer en : Loisir Compétition

J'autorise l'utilisation de ma photo dans le cadre des activités de l'ASMB : Oui Non

Pour valider mon inscription, je joins :

1 chèque à l'ordre de « **ASMB Tennis de table** » de _____ € (noter le nom de l'adhérent au dos)

Nouvel inscrit : Certificat médical de non contre-indication à la pratique du tennis de table

Renouvellement : l'adhérent a 2 choix possibles :

Certificat médical

Attestation au bas de l'auto-questionnaire de santé, complétée et signée.

Date et signature