A retourner au secrétariat ASCO

**Merci de privilégier le format numérique**

|  |  |
| --- | --- |
| *D:\mlachaud\Desktop\images.png* [*asco@onera.fr*](mailto:asco@onera.fr)  *D:\mlachaud\Desktop\kisspng-blackphone-telephone-call-symbol-logo-5af735163c4f50.5649913815261504222471.jpg 01 46 73 40 75* | *D:\mlachaud\Desktop\png-clipart-computer-icons-user-others-smiley-desktop-wallpaper-thumbnail.pngONERA ASCO*  *29 Avenue de la Division Leclerc*  *92230 CHATILLON* |

**En remplissant ce formulaire vous accordez à l’ASCO le droit de collecter ces informations, qui représentent le minimum nécessaire au fonctionnement de l’association, en particulier sur les aspects légaux de responsabilité.** L’ASCO s’engage à ne les communiquer à l’extérieur qu’en cas de nécessité légale (assurance, organismes officiels...).Vous disposez en permanence d’un droit d’accès, de rectification et de suppression de ces données.

**En (re)devenant membre de l’ASCO, vous vous engagez à en respecter le règlement.**

Première adhésion  Renouvellement

* Pour un **renouvellement**, ne remplissez que vos nom et prénom ainsi que les informations différentes de l’année précédente.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mme / Mr | **Prénom :** | **Nom :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Email :** | | **Téléphone :** | **Date de naissance :** |
| **Adresse :** | | | |
| **Facultatif**  **Personne à prévenir en cas de problème :**  **Prénom et Nom :** | **Téléphone :**  **Email :** | | |

**Pour que votre inscription soit prise en compte, merci de lire l’annexe du dossier d’adhésion et de cocher la case suivante :**

**"J'atteste avoir été informé(e), en page 2 de l’annexe du bulletin d’adhésion, de la possibilité de souscrire une garantie optionnelle "IA Sport +" proposée par la MAIF ou de souscrire une garantie supplémentaire par l'assureur de mon choix."** [**https://www.maif.fr/associationsetcollectivites/associations/solutions-grandes-associations/grandes-assos-ia-sport.html**](https://www.maif.fr/associationsetcollectivites/associations/solutions-grandes-associations/grandes-assos-ia-sport.html)

**Merci de vérifier que vous ne bénéficiez pas déjà d'une assurance couvrant vos activités sportives ou autres via votre contrat d'assurance habitation ou autre. Le cas échéant, merci de mentionner ci-dessous cette information** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si par ailleurs vous disposez d'une licence pour une activité sportive, merci de mentionner ci-dessous ces activités**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Choix de la (les) section(s) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Statut :**

|  |  |
| --- | --- |
| A : Actif / stagiaire / doctorant  FA : Famille d’actif : conjoint(e)  FA : Famille d’actif : enfant ou personne à charge de moins de 21 ans au 1er janvier 2023  R : Retraité  FR : Famille de retraité : conjoint(e)  FR : Famille de retraité : enfant ou personne à charge de moins de 21 ans au 1er janvier 2023  E\* : Extérieur, merci de renseigner le nom du parrain ci-après :  Parrain : | 10 €  5 €  10 €  5 €  15 € |

**Merci de préciser le mode de règlement :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Chèque** | à l’ordre de **ASCO ONERA** |
| **Virement** | **FR76 1751 5900 0008 2235 4268 724**  BIC : CEPAFRPP751 |
| **Effectué par une autre personne, nom :** |  |

**Informations supplémentaires et signatures :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | Date : | Signature : |

Cette attestation est à compléter à l’aide du questionnaire de santé se trouvant en annexe. Dans le cas où un **certificat** est à fournir, votre adhésion ne sera validée que lors de la réception de celui-ci par le bureau ASCO.

ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS

Je, soussigné(e), Mme/M

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir :

Répondu NON à toutes les questions

Répondu OUI à une ou plusieurs questions, je fournis un certificat médical de non contre-indication

DATE ET SIGNATURE

ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MINEURS

Je, soussigné(e), Mme/M

En ma qualité de représentant légal de :

Atteste qu’il/elle a renseigné le questionnaire de santé et qu’il/elle a :

Répondu NON à toutes les questions

Répondu OUI à une ou plusieurs questions, je fournis un certificat médical de non contre-indication

DATE ET SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL