BULLETIN D'ADHESION

A l'Association des Personnels Sportifs des Administrations Parisiennes de la Ville de Paris
Groupe Sportif, Artistique et Culturel du Personnel
APSAP-VP : Siège Social : 12 Cour Debille 75011 PARIS
Tel : 01 43 79 69 87 E. mail : accueil@apsap-vp.fr

Photo Obligatoire

N° D'ADHESION : **SAISON 2011 / 2012**

CONDITIONS D'ADHESION

Adresser le montant de l'adhésion, de la cotisation et du supplément au secrétariat général de l'APSAP-VP. Les conjoints et enfants mineurs des membres de la Ville de Paris et des hôpitaux de l'AP-HP ayant une convention avec l'APSAP-VP pourront faire partie de l'association comme membres « actifs ». **Aucun remboursement possible.**
Les documents à fournir avec le bulletin d'adhésion sont : certificat médical de moins de trois mois ou photocopie de la licence ; copie du haut de la feuille de paye (pour les agents de la Ville de Paris et de l'AP-HP en renouvellement); une photographie d'identité récente (pour une première inscription).

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom _____ Prénom _____

Date de Naissance ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Tél. ☐☐.☐☐.☐☐.☐☐.☐☐

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

E-mail : _____

Déclare adhérer à L'A.P.S.A.P.-V.P. en qualité de membre Actif (MP ou AP-HP) ☐ Extérieur ☐ + 10 ans à l'APSAP-VP ☐

Activité 1 : _____	Activité 2 : _____	Activité 3: _____
Lieu : _____	Lieu : _____	Lieu : _____

Montant Total : _____ Droit d'entrée : _____ Cotisation : _____ Licence : _____

Supplément 1 : _____ Supplément 2 : _____ Supplément 3 : _____

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR PAR LES ACTIFS

Administration : _____ Service : _____

Adresse du service : _____ Tél. : _____

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES ENFANTS MINEURS

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à être adhérent(e) à l'A.P.SA.P.-V.P et à subir une intervention chirurgicale si nécessaire. **Signature**

VOTRE ENGAGEMENT

Je déclare :
- avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription,
- me conformer aux dispositions prévues par les statuts et le règlement intérieur de l'APSAP-VP,
- m'acquitter des droits d'entrée et cotisations,
- présenter un certificat médical original de moins de trois mois d'aptitude à la pratique de sport ou la licence correspondant au sport pratiqué,
- être informé(e) de la couverture d'assurance pour tous les sociétaires de l'A.P.S.A.P.-V.P. à ce titre un formulaire détaillé m'a été remis le jour de mon inscription (tableau ci-joint),
- avoir été invité(e) à prendre connaissance des conditions générales et particulières du contrat J 071 400 003 Z 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,
- avoir été informé(e) que le duplicata de la carte d'adhérent est payant.

Fait à _____, le _____ **Signature :**