

## Activité adhérent(e) majeur(e)

**Saison**  
**2025 – 2026**

**NOM :**

**Prénom :**

Date de naissance :

F

M

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Mail :

**COURS du**

**de**

**à**

**COURS du**

**de**

**à**

### Personne à prévenir en cas d'accident

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adhésion réglée **cette saison** dans une autre activité de l'Amicale Laïque de Pont-l'Abbé :  
oui      non      Si oui, laquelle :

Adhésion : 20 €	ou	Carte famille : 30 €	soit un total de €
Cotisation : €	Licence : €	Location : €	
Déduction : €	Motif :		

### **Règlement :**

Chèques vacances	Montant : €	Coupons sport	Montant : €
Espèce	Montant : €	<u>Aide à déduire</u> Type :	
CB	Montant : €		
Chèque(s) (ordre ALPA)	Montant total : €	Montant : €	
n°1	Montant : €		
n°2	Montant : €		
n°3	Montant : €		

## **Je soussigné(e)**

### **1. Certificat médical**

atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé et j'ai un certificat médical de moins de 3 ans en date du

fourni un certificat médical en date du

### **2. Droit à l'image**

ne suis pas opposé(e)

suis opposé(e)

à la diffusion d'image me représentant sur les sites Internet et publications de l'Amicale Laïque

### **3. Protection des données**

reconnais avoir lu la politique de confidentialité et l'accepter <sup>1</sup>

### **4. Remboursement**

reconnais être informé(e) des condition de remboursement ci-dessous

Toute ou partie de la cotisation ne pourra être remboursée que dans les cas suivants :

- Inaptitude médicale sur présentation d'un certificat médical
- Déménagement

**L'adhésion et la licence restent dues.**

A PONT-L'ABBE, le

Signature :

---

<sup>1</sup> \* *Finalités du traitement : ces données sont recueillies en vue de tenir à jour notre fichier d'adhérents ; en aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers.*