

# SAISON \_\_\_\_\_

ADHESION A L'USMT. Section : \_\_\_\_\_



- PREMIERE ADHESION
- RENOUELEMENT DE L'ADHESION N° d'adhérent USMT : \_\_\_\_\_
- ADHERENT D'UNE AUTRE SECTION/ACTIVITE Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

## L'ADHERENT

M.  Mme  Mlle Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

## Pour les agents RATP et Ayants Droits

Nom & Prénom de l'agent \_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_

Département/Unité \_\_\_\_\_ Date d'entrée RATP \_\_\_\_\_

Attachement \_\_\_\_\_ Téléphone interne \_\_\_\_\_

Pour les retraités RATP N° de pension \_\_\_\_\_

## VOTRE SIGNATURE

### Je déclare :

- me conformer aux dispositions prévues par les statuts, le règlement intérieur et le code d'éthique de l'USMT (consultable sur le site de l'Association),

- m'acquiescer de la cotisation,

- présenter un certificat médical original valide, d'aptitude au sport pratiqué,

- être informé(e) de la couverture d'assurance pour tous les sociétaires de l'USMT.

A ce titre, un formulaire détaillé m'a été remis le jour de mon inscription (tableau joint),

- avoir été invité(e) à prendre connaissance des Conditions Générales et Particulières du contrat AXA 3933235 404 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.

- les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées, au Secrétariat de l'Association. En application de l'article 40 de la loi 78/17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour cela, veuillez vous adresser au Secrétariat de l'USMT.

- tout adhérent du club omnisports autorise l'USMT à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles il pourrait apparaître, prises à l'occasion de sa participation aux différentes compétitions ou entraînements, sur tous les supports, y compris les documents promotionnels et/ou publicitaires, dans le monde entier pour la durée la plus longue prévue par la loi.

Personne à prévenir en cas d'accident : \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

[Réinscription](#) : un avoir COVID19 est proposé.

J'utilise l'avoir

Je fais don de l'avoir à l'USMT

Assurance complémentaire proposée

J'accepte

Je refuse

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent

## AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL POUR LES ENFANTS MINEURS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_

- autorise l'enfant \_\_\_\_\_

à être adhérent(e) de l'USMT et subir une intervention chirurgicale si nécessaire,

- m'engage à respecter le code d'éthique.

Signature du représentant légal

## CERTIFICAT MEDICAL

J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N° 15699\*01. Dans le cas contraire, fournir un certificat médical.

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ atteste que

Monsieur / Madame \_\_\_\_\_

ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de/du

\_\_\_\_\_, y compris en compétition.

Cachet et signature du médecin

## A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DE LA SECTION

Catégories : A  RA  E  RE  DE

Nouvel agent  Pupille RATP  Honoraire

Signature du Président de la section



**Union Sportive Métropolitaine des Transports**

10, avenue Raymond Aron  
Tél. 01.41.87.94.17

92160 ANTONY  
www.us-metro.org

