



FORMULAIRE D'INSCRIPTION - GALAXIE TENNIS - SAISON 2025/2026



FORMAT ORANGE - 1H PAR SEMAINE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

☐

RENOUVELLEMENT

☐

NOUVEL(LE) ADHÉRENT(E)

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

SEXE

☐ FÉMININ

☐ MASCULIN

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

TÉLÉPHONE 1

NATIONALITÉ

TÉLÉPHONE 2

MAIL

TEE-SHIRT (10€ - OPTIONNEL)

☐

128CM

☐

140CM

☐

152CM

☐

164CM

CRÉNEAUX HORAIRES

Merci de préciser vos souhaits par ordre de préférence (noter de 1 à 3)

MERCREDI 30 SÉANCES

MERCREDI 10H - 11H

MERCREDI 11H - 12H

MERCREDI 13H - 14H

MERCREDI 13H30 - 14H30

MERCREDI 14H - 15H

TARIF : 390 €

VENDREDI 30 SÉANCES

VENDREDI 17H - 18H

TARIF : 390 €

SAMEDI 25 SÉANCES

SAMEDI 9H - 10H

SAMEDI 10H - 11H

SAMEDI 11H - 12H

TARIF : 350 €

RÈGLEMENT DE LA COTISATION - CADRES RESERVÉS À L'ASUL TENNIS

-30€ POUR TOUT ADHÉRENT SUPPLÉMENTAIRE À PARTIR DU 2ÈME MEMBRE DE LA FAMILLE - TOTAL DE LA REMISE :

€

☐ CB :

€

☐ ESPÈCES :

€

☐ CH. VACANCES

€

☐

CHÈQUES

☐

RÈGLEMENT EN TROIS FOIS

N° DU CHÈQUE

MONTANT

CH 1 :

€

ENCAISSEMENT FIN AOUT

CH 2 :

€

ENCAISSEMENT FIN SEPTEMBRE

CH 3 :

€

ENCAISSEMENT FIN OCTOBRE

BANQUE :

FACTURE / ATTESTATION ?

☐ OUI

☐ NON

TEE-SHIRT (OPTIONNEL +15€)

☐ OUI

☐ NON

TOTAL :

€

COMMENTAIRES :

☐

ADOC

☐

LICENCE

☐

BALLE JAUNE



AUTORISATIONS PARENTALES

1 - COORDONNÉES PERSONNELLES

NOM

PRÉNOM

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

TÉLÉPHONE

MAIL

L'adhésion à l'ASUL VILLEURBANNE TENNIS, 60 rue Pierre BARATIN - 69100 VILLEURBANNE entraîne de facto l'adhésion du membre au Comité Rhône Lyon Métropole et à la Ligue ARA Chemin des Chasseurs - 69500 BRON ainsi qu'à la Fédération Française de Tennis (la "FFT") 2 Avenue Gordon Bennett - 75016 Paris. Par conséquent, le club, le comité, la ligue et la FFT pourront être amenés à utiliser les données personnelles - notamment l'adresse électronique - communiquées par le membre, pour les besoins de l'organisation de l'activité fédérale (notamment l'envoi de tout courrier non sollicité lié à la gestion des services attachés à l'adhésion au club et/ou l'acquisition de la licence FFT, l'organisation des compétitions fédérales, la gestion des membres des associations, etc.). A cette fin, les informations collectées seront susceptibles de donner lieu à un traitement informatique par le club, le comité, la ligue et la FFT.

SANTÉ :

☐

ATTESTE AVOIR RENSEIGNÉ LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ET AVOIR RÉPONDU PAR LA NÉGATIVE À L'ENSEMBLE DES RUBRIQUES.

☐

ATTESTE AVOIR FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU TENNIS Y COMPRIS EN COMPÉTITION EN CAS DE RÉPONSE(S) POSITIVE(S) SUR LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

DROIT À L'IMAGE :

☐

AUTORISE L'ASUL TENNIS POUR SA COMMUNICATION INTERNE ET/OU EXTERNE, A UTILISER, POUR LA SAISON 2025-2026, L'IMAGE DE LA PERSONNE ET CELA SUR TOUT TYPE DE SUPPORT

2 - DROITS ET DEVOIRS

- En tout état de cause, conformément à l'article 39 de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, le membre dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données le concernant.

- Pour l'exercice de ces droits, le membre est invité à s'adresser par courrier à : accueil@asultennis.fr ou par courrier postal. Il peut également s'adresser à la FFT.

- Le membre peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de données le concernant.

- Le membre trouvera des informations sur ses droits et devoirs et sur la protection des données individuelles sur le site de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (www.cnil.fr).

- Je reconnais que l'adhésion au club ASUL VILLEURBANNE TENNIS entraîne l'acceptation du règlement intérieur de celui-ci et des statuts et règlements de la Fédération Française de Tennis (FFT)

- Je reconnais avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportives et avoir été informé et pris connaissance des garanties d'assurances proposées avec la licence

- Je reconnais être averti de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires proposées par la FFT afin de bénéficier d'une meilleure indemnisation en cas de dommage corporel

DATE :

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :