



Je soussigné :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Ville :** _____

Portable: __ / __ / __ / __ / __

Adresse Mail : _____ @ _____

La cotisation annuelle est de 60 €

*Si vous avez fourni un certificat médical en 2024 postérieurement au 1er juin celui reste valable (3 ans) sinon vous devez fournir un nouveau certificat médical.

J'autorise la section SAS VTT à publier des photos et vidéos de moi-même

TOUT ADHÉRENT NON LICENCIÉ auprès d'une fédération bénéficie d'une assurance responsabilité civile MAIF incluse dans la cotisation.

Saint Avertin Sport, via son assureur MAIF, peut vous proposer une assurance individuelle complémentaire : voir fiche IA+ Sport en fonction de la pratique sportive.

Souhaitez-vous souscrire une assurance perte de revenus ? Oui Non

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / 2025

Signature :