

SKI SNOW USCC - BULLETIN D'ADHESION – SAISON 2023-2024

ADHERENTS	NOM DE NAISSANCE (Conforme à l'Etat Civil)	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) COMMUNE ET DEPARTEMENT DE NAISSANCE (impératif pour les adhérents majeurs uniquement)	ACTIVITE			Niveau de ski ou surf à passer	Option Forfait saison ski alpin Marge riaz	Réservé au club
			SKI ALPIN	SURF	SKI de FOND SK ou CL			
NOM USUEL ET PRENOM			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

OBLIGATOIRE si renouvellement forfait de ski saison Margériaz : N° de forfait (14 chiffres) et prénoms :

LIEU DE MONTEE DANS BUS (si sorties du mercredi) : PHARE St ALBAN St PIERRE St JEAN D'ARVEY AILLON VOITURE

FAMILLE : Nom de l'adhérent ou de son représentant légal :		Prénom :	
Adresse :	C.Postal :	Commune :	
Téléphone portable ((PERSO ou Mère) :	(Père)	Accord mails FFS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
E-MAIL :	//Agents SNCF N° C.Prev :	Service (cf fiche paie)	

-Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'adhésion à SKI SNOW USCC et notamment de l'utilisation des forfaits saison Margériaz et des conditions du remboursement des sorties du mercredi. J'autorise SKI SNOW USCC à m'envoyer ses courriers par mail.

-Je suis avisé que :

- 1) En cas d'adhésion avec une Licence Carte Neige RC, les frais de secours sont à ma charge ou celle de mon assurance.
- 2) En cas d'émission d'une facture en début de saison, il sera procédé à aucun remboursement.
- 3) Dans le cadre du RGPD, j'ai un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles.

DATE et SIGNATURE

Droit à l'image : J'autorise SKI SNOW USCC à utiliser mon droit à l'image pour tous ses supports de communication sachant qu'à son insu, d'autres personnes physiques ou morales, peuvent utiliser ces photos.

Autorisation déléguée : J'autorise le responsable de Ski Snow USCC à prendre en mes lieux et place, toute initiative, si de l'avis d'un médecin, mon enfant désigné ci-dessus devrait subir une intervention en milieu hospitalier.