



BULLETIN D'ADHESION ADULTES

N°

Saison 2025-2026

echiquier.quimperois@gmail.com

Coordonnées	
NOM:	Prénom :
DATE DE NAISSANCE :	
Les mentions ci-dessous sont à compléter pour une première adhésion ou en cas de changement	
Adresse :	
Code postal	Commune
N° téléphone :	
Courriel @	

ADHESION ANNUELLE CLUB 80€ cours et assurance inclus, licence A ou B -60€ tarif étudiant		
ADHESION COMPLEMENTAIRE 15€ à régler à la MPT/MJC de Kerfeunteun pour le VENDREDI		
EN ESPECES	N° reçu	A REGLER ☐ 1 fois ☐ échelonné
CHEQUE	A l'ordre de l'échiquier quimpérois n	
VIREMENT	date estimée	

Questionnaire relatif à l'état de santé pour l'obtention de la licence

- ☐ Nous avons répondu NON à toutes les questions du questionnaire santé relatif à l'état de santé et nous n'avons pas à fournir de certificat médical pour l'obtention de la licence

Protection des données à caractère personnel /Droit à l'image /urgence médicale

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'adhésion votre adhésion . Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association, du Comité Départemental, de la Ligue de Bretagne des Echecs et de la Fédération Française des Echecs. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent

☐ J'autorise ☐ n'autorise pas l'Echiquier Quimpérois à reproduire ou à exposer les photographies ou vidéos prises me représentant pour les usages suivants : démonstration en public lors d'expositions sans limitations de lieux, de supports et de formats ; Illustration et/ou diffusion sur le site internet ou sur l'ensemble des supports de communication de l'Echiquier Quimpérois à l'exclusion de tout usage commercial,

☐ J'autorise ☐ n'autorise pas les animateurs encadrant l'activité à se substituer à moi, en cas d'urgence, pour les actes nécessaires à la sécurité ou à ma santé et à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre de traitements d'urgence médicaux et ou chirurgicaux

Fait/ le

SIGNATURE

N° licence :

Date/N° commande FFE :