Adhésion à l'Association Sportive Université Paris Cité 2025-2026

INSCRIPTION AUTONOME VIA LE SITE MYSPORTU (information à fournir)

https://sport-u.com/mysportu/

Le professeur d'EPS validera votre inscription après vérification et paiement

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Assurance : **OUI / NON** (rayer la mention inutile)

Pays de Naissance : Département de naissance : Ville de naissance :

Adresse :

Code postal et Ville :

Email : Téléphone :

Date du certificat Médical (uniquement sport à risque) :

Activité(s) pratiquée(s) à l'Association Sportive :

Études et niveau :

Droit à l'image (rayer la mention inutile) : **OUI / NON** Informatique et liberté : **OUI / NON**

Adhésion à l'AS UP Cité : Cotisation de 25€ (hors assurance supplémentaire)

Par chèque (As UP Cité) ou virement bancaire, ou CB pour les STAPS

- **Inscrire dans Motif du virement votre Nom, Prénom et Sport**
(Pour savoir quelle licence est concernée par le virement).

IBAN :
Association Sportive Université Paris Cité
FR76 1020 7001 1723 2172 6527 107
BIC CCBPFRPPMTG

- Pour celles et ceux qui veulent faire du **Sport en compétition** (FFSU), **merci de**
  - **Faire la démarche via https://sport-u.com/mysportu/ (et déposer vos documents)**
  - **Remplir le Questionnaire santé sauf Boxe(s) Combat, plein contact (Boxe Anglaise,Kick Boxing, Low kick et K1 Style), Taekwondo Combat - Tir sportif Pentathlon - Biathlon: fournir un certificat médical tous les ans).**

Si que des cases « **Non** », cocher sur la Fiche Individuelle d'inscription « j'ai répondu « **NON** » à toutes les questions … ***Et inutile de fournir un certificat médical***)

Si une case « **OUI** », cocher sur la Fiche Individuelle d'inscription « j'ai répondu « **OUI** » à une rubrique du questionnaire santé, et il faut *fournir* un **Certificat médical de non contre-indication à la pratique DES SPORTS DE COMPETITION** auxquels vous participerez**,**

□ **Je certifie avoir répondu «NON» à toutes les questions du questionnaire de Santé**

(obligation de cocher la case sinon merci de fournir un certificat médical)

Fait le : Signature