

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS - ASSOCIATIONS SPORTIVES



Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour la gestion de la vie associative. Les données sont conservées pour une durée d'un an et sont destinées à la préparation d'un événement, de contact et de diffusion d'un annuaire destiné au grand public par le service Vie associative de la Ville de Saint-Jean-de-Monts. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant de préférence par voie électronique à l'adresse contact@mairie-saintjeandemonts.fr ou à défaut par voie postale : Ville de Saint-Jean-de-Monts, service informatique, 18, rue de la Plage, 85160 Saint-Jean de Monts.

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour vie associative aux fins d'inventaire, de contact et de diffusion d'un annuaire destiné au grand public.

En cochant cette case, j'accepte la collecte d'informations

NOM DE L'ASSOCIATION :

AFFILIATION FÉDÉRATION

Date mise à jour :

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL:

TELEPHONE :

ADRESSE CORRESPONDANCE :

COURRIEL :

SITE INTERNET/ FACEBOOK / AUTRES :

SECTION :

DATE DE DECLARATION EN SOUS-PREFECTURE :

TYPE D'ASSOCIATION - ACTIVITÉ :

STATUTS FOURNIS : OUI NON

NOMBRE DE LICENCIÉS LOISIRS :
NOMBRE DE LICENCIÉS COMPETITIONS :

DATE DU DERNIER CHANGEMENT DE BUREAU :

RÉPARTITION :
FEMMES HOMMES ENFANTS
de moins de 5 ans :
de 6 à 12 ans :
de 12 à 18 ans :

NUMERO SIRET :

SUBVENTION MUNICIPALE ATTRIBUEE : OUI NON
MONTANT : ANNÉE :
POUR QUEL OBJET :

NOMBRE DE LICENCIÉS EN SITUATION DE HANDICAP:
FEMMES HOMMES ENFANTS
de moins de 5 ans :
de 6 à 12 ans :
de 12 à 18 ans :

SUBVENTION EXCEPTIONNELLE ATTRIBUEE : OUI NON
MONTANT : ANNÉE :

SPORT SANTÉ Label
JUSTIFICATIF

LOCAL dédié : OUI NON
LIEU :
CONVENTION MISE A DISPOSITION : OUI NON

NOMBRE DE PERSONNES SUIVIES :
ORGANISATION D'EVENEMENTS : OUI NON
TYPE D'EVENEMENTS ORGANISÉS :
(Si besoin de matériel, faire demandes par mail 2 mois à l'avance)

ATTESTATION ASSURANCE : OUI NON

FORMATION DISPENSÉE PAR L'ASSOCIATION : OUI NON
SI OUI LAQUELLE :

COORDONNÉES DES MEMBRES DU BUREAU

FONCTION	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	COURRIEL	CARTE PRO *	TYPE DIPLÔME * FÉDÉRAL
Président							
Vice-Président							
secrétaire							
Trésorier							
Encadrement Bénévole							
Encadrement Bénévole							
Encadrement Pro							
Encadrement Pro							

* Diplôme et carte professionnelle recto/verso à joindre au service sport.