



ASPTT DE :

IDENTITE DU POSTIER ou DU RETRAITE

Identifiant Nom/Prénom

Date de naissance

Service Financier Colis Courrier Réseau Grand Public Autre

BENEFICIAIRE DE L'AIDE

Postier ou retraité Conjoint Enfant (à charge de moins de 20 ans)

Nom et Prénom

Date de naissance Tel Sexe : M F

Adresse

Code Postal Ville

Adresse email

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature du postier ou du retraité

CADRE RESERVE A L'ASPTT

Quelle est la discipline sportive à laquelle le bénéficiaire souscrit ?

Coût annuel de l'inscription à cette discipline (cotisation + licence)	<input type="text"/>	€
Participation de La Poste – (60% du coût plafonné à 60 €)	-	€
Reste à régler par le bénéficiaire	=	€

Le Président de l'ASPTT certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus

Date de la demande Signature du Président Cachet de l'ASPTT

Document à remettre à votre ASPTT