

RENSEIGNEMENTS JOUEUR

Nom : adresse :
Prénom :
Date naissance : tel domicile :
Lieu naissance : tel portable :
Nationalité : tel bureau :
Profession (des parents si enfant mineur) :
Merci d'indiquer une adresse courriel valide.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom : Adresse :
Prénom :
Relation par rapport au joueur : téléphone(s) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergies médicamenteuses : groupe sanguin :
Autres infos utiles :

Important : en cas d'accident nécessitant une hospitalisation, même temporaire, le choix de l'établissement hospitalier et l'acheminement sont du ressort des Sapeurs Pompiers dont dépend le lieu de l'accident.

POUR L'ADHERENT ET/OU SES PARENTS

Je suis intéressé(e) pour participer activement à la vie club dans l'un des domaines suivants :

Arbitre oui non - **Entraîneur (aide)** oui non - **Responsable d'équipe** oui non

Je peux aider le club en consacrant un peu de temps à son fonctionnement : oui non

POUR LES MINEURS - AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Tuteur légal de :

AUTORISE :

- Mon enfant à participer à toutes les activités et déplacements organisés pendant la saison de handball 2015/2016, c'est à dire du 24 août 2015 au 6 juillet 2016.
- Mon enfant à être transporté sur les sites de compétition dans les véhicules des particuliers (dirigeants, entraîneurs, accompagnateurs ou parents des autres joueurs).
- Le responsable à prendre sur avis médical, en cas d'accident de mon enfant, toutes les mesures nécessaires, éventuellement l'hospitalisation.

SIGNATURE DE L'ADHERENT (des parents si l'adhérent est mineur)

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions de l'assurance proposée par la FFHB, liée à la prise de licence.

Fait à : Le

Signature :