

FICHE RENSEIGNEMENTS

Équipe:

Le licencié

NOM:

PRENOM:

ADRESSE:.....
CODE POSTAL:..... VILLE:.....
TELEPHONE FIXE:..... PORTABLE:

MAIL:..... DATE DE NAISSANCE

PERE ou Tuteur légal MERE

NOM:.....
PRENOM:.....
PROFESSION:.....
ENTREPRISE:

TELEPHONE BUREAU:.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL:.....

VILLE:.....

TELEPHONE:.....

MAIL:.....

NOM:.....
PRENOM:.....
PROFESSION:.....
ENTREPRISE:

TELEPHONE BUREAU:.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL:.....

VILLE:.....

TELEPHONE:.....

MAIL:.....



J'autorise mon fils/ma fille à rentrer seule après les entraînements et après les matchs:

oui **non**

Mes parents peuvent éventuellement convoier avec leur véhicule personnel, des joueurs de l'équipe pour les matchs à l'extérieur :

oui **non**

Autorisation de soins médicaux

Je soussigné :

Adresse :

Code postal :

Tél. dom :

Ville :

Tél. port :

Tél. pro :

Autorise les responsables de la **SAINT CHARLES CHARENTON SAINT MAURICE BASKETBALL** à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident.

Autorisation de transport

Je soussigné autorise mon fils / ma fille à être transporté dans un véhicule privé et dégage l'association **SAINT CHARLES CHARENTON SAINT MAURICE BASKETBALL** de toute responsabilité.

Droit à l'image

J'autorise le club de la **SAINT CHARLES CHARENTON SAINT MAURICE BASKETBALL** à utiliser des photos et vidéos sur lesquelles apparaissent mon enfant dans un but de communication et de promotion du club et du basket-ball.

Fait à le

Signature.