

Fiche de renseignements

Saison 2017/2018

Niveau : Licence :

<u> JOUEUR :</u>				
NOM:	Prér	nom(s) :	_ Sexe: M	F
Né(e) le : <u>//</u> Lie	eu de naissance (commur	ne et département) (1) :		
Adresse :				_
Tél. domicile :	Tél. port. :	Tél. travail :		_
Boite mail :				
Coordonnées dernier club :				
Taille: 4ans / 6ans/8ans / 1	0ans / 12ans / XS /	5/M/L/XL/XXL/XXXL.		
Taille Chaussures :				
ASSURANCE :				
Responsabilité civile : oui	non Tndividuell	le accident: Qui non		
•		éro de police d'assurance :		
				_
RESPONSABLES LEGAUX D	DES JOUEURS MIN	NEURS :		
<u>Mère</u> : Autorité parentale: OU	i non	Situation familiale (2) :		
NOM de jeune fille :				
NOM marital (nom d'usage) :				
_				
Code postal :	Commune :			
Tél. domicile :	Tél. port. :	Tél. travail :		
Boite mail :				_
<u>Père</u> : Autorité parentale: OU	i non	Situation familiale (2) :		
		Prénom :		
Code postal :	Commune:			_
	•	Tél. travail :		
Boite mail :				_
	<<<<< <			
Frère ou sœur inscrit(e) au (Prénom		
A	NOM	Prénom		—
Autorisation de sortie				
□J'autorise mon enfant à match organisé par le club	quitter seul le gym	nase ou à rentrer seul après u	ne sortie ou	un
	ant à nartir soul et	m'engage à venir le chercher dan	ns le aumnaer	oon
·	•	m'engage a venir le chercher dan une sortie ou un match organisé :		
signaler à l'entraineur.	i endez-vous upi es t	and sor he ou un march or garlise	pai le ciub e	1 16



Fiche d'urgence

NOM, adresse et n° de téléph	none du médecin traitant	:	
N° et adresse du centre de s	écurité sociale :		
En cas d'urgence, un joueur de secours d'urgence vers l'hôpi soins. Un joueur mineur ne prévenir rapidement merci de Recto un NOM et N° de télép Lien avec le joueur :N° de Tél. :N° de Tél. :	tal le mieux adapté. La peut sortir de l'hôpita e nous faciliter la tâche hone d'une personne sus Nom:Nom:	famille est immédiate l qu'accompagné de s en nous indiquant en ceptible de vous préve Prénom	ment avertie par nos a famille. Pour vous plus des numéros au enir rapidement :
Date du dernier rappel de vac	,		
Observations particulières qu traitements en cours, précau	v - c	•	•
Port de lunettes : oui	non Diabète	: oui non	
***************************************	***************************************	·······	<<<<<
Renseignements divers qu	ue vous souhaitez p	oorter à la conno	aissance du Club:
Merci de nous signaler tout	_		phone) ainsi que les



Date:

Signature du joueur ou des responsables légaux pour les mineurs