



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Nom Prénom du joueur :

Date de Naissance :

Sexe : **F** ou **M** Tél portable du joueur :

Adresse mail du joueur :

Nom Prénom du représentant légal :

Adresse complète :

.....

Tél. Fixe :

Tél. Portable (Père) :

Tél. Portable (Mère) :

Tél. Travail :

Mail :

Autres personnes à contacter **en cas d'urgence** (préciser le lien avec l'enfant):

.....

.....

Droit à l'image

J'autorise

Je n'autorise pas

Les dirigeants de l'association RSN Basket Ball à photographier ou filmer mon enfant mineur et à utiliser les images pour le site internet du club, pour d'éventuels reportages pour les sponsors, pour des brochures ou affiches destinées à promouvoir la vie du club.

Catégorie du joueur

Baby (U7) Mini-Poussin(e)s (U8-U9) Poussin(e)s (U10-U11)

Benjamin(e)s (U12-U13) Minimes (U14-U15)

Cadet(te)s (U16-U17) Juniors (U18-U19-U20) Séniors

AUTORISATION PARENTALE MEDICALE

Je soussigné, Madame ou Monsieur
autorise le Responsable Délégué de la Ruche Sportive Nouanaise section Basket à prendre les dispositions nécessaires lors de toutes manifestations organisées par la section Basket en cas d'accident pour mon enfant

Nom du médecin traitant :

Tél.

Numéro de Sécurité Sociale :

Coordonnées de la mutuelle :

.....

Contre – indication médicales éventuelles (allergies, asthme, etc.) :

.....

.....

Traitement en cours :

.....

Je souhaite que mon enfant soit transféré :

○ à l'hôpital :

○ à la clinique :

Attestation valable pour l'année sportive en cours.

Date :

Signature :