



www.salindresbasket.fr

SALINDRES BASKETBALL

Dossier d'inscription saison 2018 - 2019

PIÈCES À FOURNIR :

- Dossier d'inscription dûment rempli + 1 photo d'identité + Cotisation (voir ci-dessous)
- Charte du club signée
- 1 photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille pour les nouveaux inscrits
- La demande de licence-assurance
- Certificat médical (de préférence sur l'imprimé de demande de licence) pour une création de licence
- Questionnaire de santé pour un renouvellement de licence
- Certificat médical de surclassement pour jouer dans la catégorie supérieure

Catégorie	Année de naissance	Cotisation (Comprenant Assurance option A)
U9 U11	2010 et 2011 2008 et 2009	80 €
U13 U15	2006 et 2007 2004 et 2005	85 €
U17 Séniors F - Séniors M	2002 et 2003 Avant 2001	100 €
Détente		75 €
Dirigeants Entraîneurs-joueurs		40 €
Non joueur Arbitre		Gratuit

Réduction de 10 € par licence à partir de la 2^{ème} licence de la même famille.

ENGAGEMENTS ET AUTORISATIONS

Je, soussigné, représentant légal du mineur

- Autorise / n'autorise pas (1) la diffusion de l'image de mon fils, ma fille, moi-même (1) sous toutes formes de publications pour la promotion du club et du basketball.
- Autorise / n'autorise pas (1) le responsable du club, ou l'un de ses représentants, à prendre, en cas d'accident, toutes mesures nécessaires à la sauvegarde de mon enfant y compris à le faire conduire (hospitaliser) dans le centre hospitalier le plus proche ou dans la clinique la plus proche.

(1) rayer la mention inutile.

Fait à, le

Nom et signature du représentant légal :



www.salindresbasket.fr

SALINDRES BASKETBALL

Dossier d'inscription saison 2018 - 2019

RENSEIGNEMENTS SUR LE LICENCIÉ

NOM : Prénom : Féminin Masculin

Né(e) le : / / à Nationalité :

N° de licence :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

COORDONNÉES DE LA MÈRE

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

Autorité parentale OUI NON

COORDONNÉES DU PÈRE

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

Autorité parentale OUI NON

FICHE SANITAIRE

Personnes à contacter en cas d'urgence autres que les parents :

Nom : Qualité : Tel. :

Nom : Qualité : Tel. :

Problème de santé (Hémophilie, Spasmophilie, Tétanie, Asthme, etc ...) :

.....

Allergie à un médicament ? : OUI / NON si oui lequel ?

Allergie :

Autres :