



FICHE DE RENSEIGNEMENTS SENIORS ET VETERANS

Nom du joueur : Prénom :

Catégorie :

Adresse :
.....

Tel domicile :

Tel portable :

E-Mail :

AUTORISATION

Je soussigné(e) : autorise :

. • Les responsables du Club à me photographier pour une utilisation journalistique ou sur le site du club

OUI

NON



FICHE SANITAIRE

Nom du joueur : Prénom :

Date de naissance :

Organismes d'assurance santé dont dépend le joueur :

Caisse primaire d'assurance maladie

organisme : N° d'assuré :

Caisse complémentaire ou mutuelle

Organisme : N° d'assuré :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM : Tél. :

Renseignements particuliers relatifs à la santé (allergie, contre-indications, traitement en cours, etc...) à indiquer ci-dessous :

.....
.....

AUTORISATION DES RESPONSABLES EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE

Je soussigné(e) :

Demeurant à :

Déclare autoriser les responsables accompagnant les joueurs de la section MJC Basket durant la saison 2015/2016 (sortie, stage, match...), à prendre toute mesure d'urgence prescrite par un médecin, y compris l'hospitalisation me concernant.

J'ai lu la charte et je m'engage à la respecter

Signature du licencié