



SEXE

Féminin

Masculin

PHOTO

SPORT

Baseball

Softball

Loisir

INFORMATIONS GENERALES

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____ Adresse : _____

_____ Code Postal : _____

Ville : _____ Téléphone : _____

Mobile : _____ Email : _____

Profession (pour les enfants, profession des parents) : _____

AUTORISATION PARENTALE (pour les joueurs mineurs)

Je soussigné(e) _____ père, mère, responsable légal, autorise mon enfant à faire partie du Baseball Softball Club Bron Saint-Priest et à participer aux activités proposées.

Le _____ à _____ Signature : _____

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Tél. où l'on est sûr de joindre quelqu'un)

M. / Mme : _____ Téléphone : _____

M. / Mme : _____ Téléphone : _____

CATEGORIE D'AGE

Benjamin : 9U – 2008-2009-2010+11

Minime : 12U – 2005-2006-2007+08

Cadet : 15U – 2002-2003-2004+05

Junior : 18U – 1999-2000-2001+02

Senior : 1998 et plus

Loisir + Ecole de baseball

(pour les enfants 9U et moins)

COTISATIONS

90 Euros

115 Euros

115 Euros

185 Euros

185 Euros

90 Euros

Tenue voir avec le coach
(possibilité de location sous caution)

Tenue fournie aux enfants
9U/12U/15U

- Taille pantalon : _____
- Taille tee-shirt : _____
- Taille casquette : _____

NB : Des frais supplémentaires pourraient être occasionnés pour les championnats nationaux baseball et softball

MODE DE PAIEMENT

Chèques

- Possibilité de faire 1 à 3 chèques.
- Faire tous les chèques et noter au dos la date d'encaissement.
- Encaissement des chèques à partir de Novembre.

INTERVENTION MEDICALE ET CHIRURGICALE

Je soussigné(e) _____ père, mère, responsable légal, joueur majeur :

n'autorise pas l'entraîneur ou l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale.

autorise l'entraîneur ou l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale.

Hôpital ou clinique à privilégier : _____

Allergie(s) ou Pathologie(s) particulière(s) : _____

Le _____ à _____ Signature : _____

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN

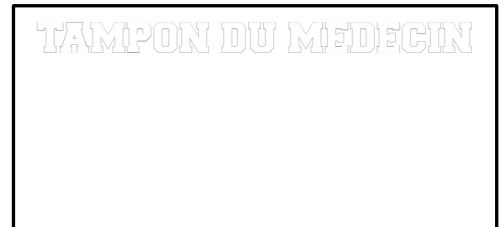
CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) _____, Docteur en médecine, exerçant à _____, certifie avoir examiné, _____

né(e) le _____ et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du(des) sport(s) suivant(s) :

Baseball / Softball en loisir en compétition

Fait le _____ Signature : _____



Nombres de cases cochées : _____

AUTORISATION UTILISATION IMAGE

Je soussigné(e) _____, autorise le Baseball Softball Club Bron Saint-Priest à utiliser les photographies ou vidéo me concernant pour les usages suivants :

- Site internet du Club de Baseball Softball
- Revues
- Affiches
- journaux, Blogs...

Cette autorisation reste valable sans limitation de durée. La publication ou la diffusion de mon image, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à ma dignité, ma vie privée et à ma réputation.

Date et signature (pour les personnes mineures signature des parents ou représentant légal),

Précédée de la mention lu et approuvé : _____