

FICHE D'INSCRIPTION 2017 - 2018



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 : A :
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 - 2009-2010-2011
Minime : 12U - 2006-2007-2008
Cadet : 15U - 2003-2004-2005
Junior : 18U - 2000-2001-2002
Senior : 1999 et plus
Loisir + Ecole de baseball (< 9U)

COTISATION

90 Euros
 115 Euros
 115 Euros
 185 Euros
 185 Euros
 90 Euro

Tenue non-fournie

Pantalon : Blanc
Ceinture : Navy
Casquette du Club

Tenue prêtée (sous caution)

Jersey :
9U à 18U : Navy
Senior : Rouge

NB : Des frais supplémentaires pourraient être occasionnés pour les championnats nationaux baseball et softball
L'adhésion au Club entraîne l'acceptation du règlement intérieur (disponible sur le site)

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 :

A :

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

TAMPON DU MEDECIN

Fait le :

Signature :

Nombre 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 Web 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, précédée de la mention lu et approuvé :

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