



Fiche Joueur(se)

Catégorie :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NOM et prénom du(de la) Responsable : _____

Numéro de téléphone domicile : _____

Numéro en cas d'urgence : _____

Taille de vêtement : XS S M L XL



Autorisation parentale

Je soussigné _____ Père Mère Tuteur

Demeurant _____

A _____

Autorise mon fils / ma fille _____ Né(e) le _____

A faire partie de l'association du STADE PORTE NORMANDE de VERNON pour y pratiquer le FOOTBALL pour la saison 2018 / 2019.

En outre, j'accepte que les responsables du club fassent soigner mon enfant et autorisent en mon nom une intervention médicale ou chirurgicale en cas de besoin au cours des entraînements, déplacements, voyages, rencontres de toute nature, en France et à l'étranger. (1)

La responsabilité du STADE PORTE NORMANDE de VERNON commence lorsque mon enfant est en présence de son entraîneur, elle cesse lorsque son entraîneur le libère.

A Vernon, le _____ 2018

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

(1) A rayer en cas de non-acceptation.

N° de téléphone en cas d'urgence

Etes-vous assuré social ? Numéro _____

Etes-vous affilié à une caisse complémentaire ou mutuelle ? Nom _____

Profession _____