



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Joueur :

Nom : Prénom :

Date de Naissance:/...../..... Ville et code postal de naissance.....
Pour les personnes nées à l'étranger le code postal est 99000Sexe : Masculin Féminin

Numéro sécurité sociale : régime de sécurité sociale :

*Ces informations sont garanties de votre affiliation à la FFR. Elles doivent être rigoureusement identiques aux justificatifs d'identité. Tout dossier non conforme sera refusé et nécessitera la reprise de la procédure d'affiliation depuis le début.***Coordonnées :**

Adresse :

Code Postal : Ville :

Pays :

Responsables légaux : entourer le nom de la personne à prévenir en priorité**Père : Nom :**

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

Profession :

Adresse (si différente du Joueur)

Mail :

Mère : Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

Profession :

Adresse (si différente du Joueur)

Mail :

Informations complémentaires :**Allergies connues :****Médecin traitant :****Règlement : 100€ pour les M6 - 160€ de M8 à M18**Espèces Chèque : 1 2 3 + Adopte un joueur : Attestation de paiement Autorisation de publier ma photo sur le site du club et autres supports de communication: OUI NON

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

en cas d'accident de (NOM, prénom du licencié)

autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de l'association, du Comité ou de la FFR :
 - à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à :

Signatures

Le :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____