



AS HANDBALL AVRILLÉ

Siège Social : Stade Delaune
Rond point Charles de Gaulle
49240 AVRILLÉ

CE DOCUMENT EST À REMETTRE LORS DES INSCRIPTIONS

Joueur (se)	Mère si mineur	Père si mineur
NOM et Prénom	NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
Né(e) le	Profession :	Profession :
Adresse:	Adresse :	Adresse :
Tel fixe :	Tel fixe :	Tel fixe :
Tel portable :	Tel portable :	Tel portable :

Merci d'écrire LISIBLEMENT l'adresse mail sur laquelle on peut communiquer et nous informer au plus tôt de tout changement :

Partie réservée à l'administration du hand-ball :	Equipe :
Règlement cotisation remis : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Montant :
Assurance complémentaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Espèces <input type="checkbox"/> Chèques <input type="checkbox"/>	Chèques vacances <input type="checkbox"/> Coupon sport <input type="checkbox"/>
Chèque caution remis : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Certificat médical ou attestation santé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
autorisation médicale complétée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	règlement intérieur accepté : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
droit à l'image accepté : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Adresse mail indiquée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Participation à la vie du club : dans quel domaine seriez-vous prêt à vous investir ?

- Tenue du bar (matches seniors) soirée du club tournoi de Noël évènement de fin de saison
Recherche de sponsors inscriptions conseil d'Administration
arbitrage entrainement dirigeant autre

Veillez compléter, signer et remettre ce document lors des inscriptions.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je soussigné M _____ certifie avoir pris connaissance du **règlement intérieur** et m'engage à le respecter.

Fait à Avrillé le :

Nom du parent demandant l'inscription et signature :

Joueur :

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné M _____ autorise l'AS HANDBALL AVRILLÉ à **diffuser les photographies** sur lesquelles figure Nom _____ Prénom _____ sur tout support utilisé par le club.

Fait à Avrillé le :

Nom du parent demandant l'inscription et signature :

Joueur :

AUTORISATION MÉDICALE

Nom du joueur :

Équipe :

En cas d'accident grave et dans l'impossibilité de me joindre (pour les parents des enfants mineurs) :

Pour les mineurs :

- ✦ Je demande à ce que Nom _____ Prénom _____ soit conduit dans une clinique ou un hôpital (*) :
Préciser : _____

- ✦ J'autorise le chirurgien à pratiquer une intervention. oui non

Pour les majeurs :

- ✦ Je demande à être conduit dans une clinique ou un hôpital (*) :
Préciser : _____
Personne à prévenir : _____ n° Tél : _____

- ✦ J'autorise le chirurgien à pratiquer une intervention. oui non

(*) = Rayer les mentions inutiles.

Fait à Avrillé le:

Nom du parent demandant l'inscription et signature :