



Fiche de renseignement

NOM du licencié(e) : PRÉNOM :

Date de naissance :/...../..... Lieu : Sexe Féminin Masculin

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Adresse mail (LISIBLE) :

Problème de santé à communiquer (asthme, allergie, diabète...) aux entraîneurs :

.....

Responsable légal du licencié(e) à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom : Qualité :

Téléphone : Adresse mail (LISIBLE) :

Nom : Prénom : Qualité :

Téléphone : Adresse mail (LISIBLE) :

Quotient familial CAF (Facultatif) :

Cette information est utilisée pour vous proposer des tarifs adaptés lors des stages (Toussaint, Février, Pâques, Eté)

Autorisation parentale : (pour les licencié(e)s mineur(e)s)

Je soussigné(e) (nom, prénom), agissant en qualité de responsable légal, autorise les entraîneurs de mon enfant ci-dessus nommé à prendre en cas d'urgence toutes dispositions de transport, hospitalisation ou intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé auprès de mon enfant.

La présente autorisation n'est valable qu'en cas d'impossibilité absolue de me joindre ou d'obtenir l'avis du médecin de famille.

Nom du médecin traitant : téléphone :

----- L'ALPCM NANTES BASKET a besoin de vous ! -----

J'autorise l'ALPCM à utiliser les photographies, films, travaux et productions réalisées dans le cadre de l'activité sportive.

Fait à, le/...../..... Nom : signature :