



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Saison 2023-2024



Licencié(e) MAJEUR à l'inscription

NOM : CATÉGORIE :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

TÉLÉPHONE : LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

E-MAIL :

J'autorise le club à m'envoyer chaque mois la newsletter* par mail

Je **N'**autorise **PAS** le club à m'envoyer chaque mois la newsletter par mail

*Comme l'année dernière, vous pourrez recevoir par mail la newsletter du club. Celle-ci reviendra sur les actualités mensuelles, les résultats sportifs, les informations de nos partenaires, des interviews de joueurs/joueuses/bénévoles, des photos, les événements à venir, etc. Elle viendra compléter nos réseaux sociaux. Vous pourrez vous désabonner à tout moment.

DROIT À L'IMAGE

J'autorise que des photos et vidéos incluant moi et/ou mon enfant soient diffusées sur les supports de communication papiers et numériques du club.

Je **N'**autorise **PAS** que des photos et vidéos incluant moi et/ou mon enfant soient diffusées sur les supports de communication papiers et numériques du club.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ASPC

Je confirme avoir lu le **règlement intérieur mis à disposition sur le site internet**** et j'accepte toutes ces modalités. (<https://aspcfoot49.wixsite.com/aspc49/inscriptionetreglement>)

** Tout carton jaune ou rouge sera à la charge du licencié, peu importe le motif sauf avis contraire de la commission de discipline interne.

DEVENEZ BÉNÉVOLE À L'AS PONTS-DE-CÉ

OUI NON

Seriez-vous prêt à aider bénévolement le club ?*** (rayer ce qui est inutile)

*** Donner un coup de main le week-end (buvette, nettoyage des maillots, police de terrain, arbitre de touche, ...) ou bien devenir dirigeant d'une équipe.

DATE ET SIGNATURE

PARTIE RÉSERVÉ AU CLUB

PRIX DE LA LICENCE : RÉDUCTION / MAJORATION

MOTIF SI RÉDUCTION/MAJORATION :

MONTANT À RÉGLER : RESTE À RÉGLER :

MODE DE PAIEMENT :

Chèques (1 2 3 4) - Carte bleue - Coupons sports - Chèques vacances - Espèces



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Saison 2023-2024



PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCES

NOM : PRÉNOM :
FIXE : PORTABLE :
E-MAIL :

SITUATION PROFESSIONNEL DU LICENCIÉ

SITUATION PROFESSIONNEL :

SERIEZ-VOUS PRÊT À DEVENIR SPONSOR DE L'ASPC ?*** (rayer ce qui est inutile) OUI NON

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER (SI OUI)

NOM : PRÉNOM :
FIXE : PORTABLE :
E-MAIL :

RESPONSABLE PARTENARIAT : Éric HYE - 07 80 44 46 90

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : TÉLÉPHONE :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

CAISSE COMPLÉMENTAIRE :

EN CAS D'HOSPITALISATION (rayer ce qui est inutile) CHU CLINIQUE

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX

ALLERGIE :

ASTHME :

TRAITEMENT DE FOND :

AUTRES :

En cas d'accident, j'autorise par la présente les responsables de l'association sportive (dirigeant, éducateur ou responsable de l'équipe) à transporter mon enfant au centre hospitalier ou clinique le plus proche. Par ailleurs, si l'état de santé de mon enfant l'exige, **je donne mon accord pour faire pratiquer par un médecin les soins nécessaires y compris une intervention chirurgicale.**

Noter « Lu et approuvé », date et signature