



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



A remplir en majuscule et remettre OBLIGATOIREMENT au club

Création de licence Renouvellement Mutation. Club précédent: _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Taille: (ex: 174 cm) _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Ville de naissance : _____

Tél du Joueur : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Adresse e-mail du licencié: _____ @ _____

Adresse Complète : _____

Code Postal : _____ VILLE : _____

NOM DU RESPONSABLE LEGAL1 : _____ Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Adresse e-mail responsable Légal 1 _____ @ _____

- Travail le week-end ? : OUI / NON

NOM DU RESPONSABLE LEGAL2 : _____ Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Adresse e-mail responsable Légal 2 _____ @ _____

- Travail le week-end ? : OUI / NON

Autre personne à contacter (+ lien de parenté) : _____

Si Frère(s)-Sœur(s) inscrit au CLL Basket :

NOM: _____ Prénom : _____ Catégorie : U _____

NOM: _____ Prénom : _____ Catégorie : U _____

Mon enfant participera : Aux entraînements et aux matchs de championnats Uniquement aux entraînements



AUTORISATION POUR ENFANTS MINEURS **Merci de cocher la case, si vous Autorisez :**

J'autorise, mon enfant à quitter seul l'entraînement.

Si NON, merci d'indiquer le nom de la personne susceptibles de venir le chercher : Mr OU Mme _____

J'autorise, en vue d'une meilleure communication, la transmission de mes coordonnées aux autres parents de l'équipe.

J'autorise, le club Léo Lagrange à prendre des photos de mon enfant et à les diffuser dans la presse et sur le site internet du club.

J'autorise, mon enfant à participer aux déplacements en voiture, avec l'entraîneur ou des parents accompagnateurs.

Je m'engage, à participer aux déplacements de mon enfants lors des matchs extérieurs.

Fait à : _____ le : ____ / ____ / ____

Signature responsable(s) légal(aux) : _____



INFORMATION ASSURANCES : (Cocher obligatoirement les cases correspondantes à vos choix)

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM :

..... PRÉNOM :, Reconnais avoir reçu le

résumé des garanties (Contrat AIG 4.091.578 ci-annexé et consultable sur www.ffbb.com), conformément à L141-4 du code des Assurances, et avoir pris connaissance des garanties Responsabilité Civile incluses automatiquement en prenant ma licence ainsi que des garanties Individuelles complémentaires proposées par AIG, et souhaite souscrire à :

- l'option A, au prix de 3,70 euros TTC
- l'option B, au prix de 9,50 euros TTC
- l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 4,20 € TTC (= A+).
- l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 10 € TTC (= B+).

OU

- ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)

Reconnais par ailleurs avoir reçu l'information de mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basket-ball

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e) _____ (père, mère) responsable légal de l'enfant _____

Autorise :

- A le faire hospitaliser en cas d'urgence,
- A le faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, Samu, ...)
- A le faire soigner dès que son état physique le nécessite,
- A le transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiqué toute hospitalisation, intervention, chirurgicale, y compris une anesthésie sur votre enfant.

Numéro de téléphone en cas d'urgence :

Numéro d'assuré(e) social(e) :

Informations médicales complémentaires : OUI / NON (**barrez la mention inutile**) Si OUI lesquelles

Votre enfant fait-il des allergies ? OUI / NON (**barrez la mention inutile**) Si OUI lesquelles

Votre enfant a-t-il une contre-indication : OUI / NON (barrez la mention inutile) Si OUI lesquelles



Pour rappel, voici les éléments à nous remettre en même temps que votre dossier.

- Photo récente du licencié (pour création de licence)
(format numérique accepté à l'e-mail suivant : CLL310LICENCES@outlook.fr
Nom et prénom à indiquer
- **Certificat médical** à la pratique sportive du Basket-ball
Si vous avez remis un certificat médical de moins de 3 ans vous pouvez
uniquement remplir le document et nous le remettre. Téléchargeable sur le site du
club : rubrique : infos pratiques / documents / Questionnaire Médical
- **Lire et signer** le règlement intérieur du Club.
- **Compléter** avec soin la fiche de renseignement et l'autorisation de prise en
charge.
- **Paiement** des cotisations correspondant au(x) licencié(s) et
assurances. (Voir feuille des Tarifs)
- Photocopie d'une pièce d'identité recto-verso pour les personnes majeurs.
- Taille T-shirt du licencié : XS - S - M - L - XL - XXL - XXXL

Nous recommandons également aux licenciés en dernière année de leur catégorie de demander un certificat médical de SURCLASSEMENT à leur médecin pour pouvoir faire un test dans la catégorie supérieur du club.

ATTENTION , tout dossier INCOMPLET ne sera enregistré

Le **Non-Paiement** des cotisations donnera lieu au **refus** des entraînements et des matchs.

Possibilité de remettre le dossier COMPLET au foyer du Club,

sous enveloppe fermé à l'adresse suivante : CLUB LEO LAGRANGE LORMONT
1 RUE DE LA REPUBLIQUE
33310 LORMONT