



Inscription journées détections Croisés SA Bayonne

ADMINISTRATIF

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Numéro portable : _____

Mail : _____

Nom et prénom du responsable légal : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Numéro portable : _____

Mail : _____

SPORTIF

Saison 2018/2019

Club : _____

Division : _____

Nombre de matchs joués : _____

Poste principal : _____

Poste secondaire : _____

Droitier ou gaucher : _____

Taille : _____

Poids : _____

Saison(s)	Club	Nombre de matchs	Niveau
2017/2018			
2016/2017			
2015/2016			
2014/2013			

Autorisation parentale

Je soussigné(e) Mr ou Mme _____ autorise mon enfant _____ à participer à une séance d'entraînement avec le club des Croisés SA Bayonne et déclare qu'il ne présente pas de contre-indication médicale.

En cas d'accident, je soussigné(e) Mr ou Mme _____ autorise le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires pour mon enfant _____ et à le faire hospitaliser en cas de besoin.

Si non licencié fournir attestation de responsabilité civile.

Signature du responsable légal