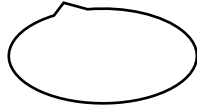




CATEGORIE DU JOUEUR :



- Création
- Renouvellement
- Mutation
- Surclassement

**Nom et prénom du joueur** : .....

Sexe : F - M

Date de naissance : ..... lieu de naissance : .....

Tel portable du joueur : .....

Adresse mail du joueur : .....@.....  
(adresse d'inscription sur le site de la FFBB pour création de la licence)

**Nom et prénom du responsable légal** : .....

Adresse du joueur

.....  
.....  
.....

Tel portable du père : .....

Mail du père : .....@.....

Tel portable de la mère : .....

Mail de la mère : .....@.....

Autres personnes à contacter en cas de problème (indiquer le lien avec le mineur) :

.....  
.....  
.....

Autres informations utiles :

.....  
.....

Contact : [basket.sdbb@gmail.com](mailto:basket.sdbb@gmail.com)

**A SIGNER (JOUEUR MAJEUR OU MINEUR):**

-Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et déclare expressément avoir connaissance de l'option d'assurance.

-Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions ; je m'engage à rembourser à l'association les amendes éventuelles suite au non-respect des règlements fédéraux.

-J'accepte que le club dispose de photographies de moi / de mon enfant sur le site internet et/ou pour les projets club tels que les calendriers.

-Je m'engage à participer aux entraînements ainsi qu'aux rencontres sportives. (plateaux, championnats, coupes) sauf cas d'absence légitime.

-Je m'engage à participer à la vie du club (tables de marque, arbitrage, manifestations, goûters, lavage des tenues, ..... ) J'ai lu la charte du club.

-Un chèque de caution pour les joueurs en compétition majeurs sera demandé (15 euros)

**SIGNATURES d'engagement :**

**Joueur : + Responsable légal pour joueur mineur :** Le Président du club  
Julien TESSIOT

**AUTORISATION DE SOINS pour mineur**

N° de sécurité social du responsable : .....

Mutuelle : .....

Nom du médecin traitant de l'enfant : .....

Téléphone du médecin traitant : .....

*En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable fera appel soit à un médecin généraliste, soit au 112 et vous prévientra le plus rapidement possible.*

Traitement en cours : .....

Contre-indications médicales éventuelles (asthme, allergies..) : .....

.....

Je, soussigné(e) Monsieur/Madame .....

PERE /MERE/RESPONSABLE LEGAL de l'enfant

- Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire,
- Autorise le responsable présent à demander l'admission en établissement de soins,
- Autorise le responsable à reprendre l'enfant à sa sortie.

Date :

Signature :