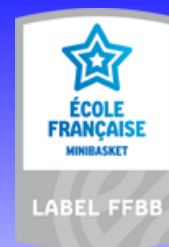




RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



S^t Gilles Croix de Vie,
Le Fenouiller,
S^t Hilaire de Riez

Inscription

Nom et prénom du joueur :

Date de naissance :

Taille (en cm) :

Adresse :

Code Postal - Ville :

Nom & prénom du ou des responsable(s) du joueur s'il est mineur :
.....

Téléphone portable	joueur	père	mère

Adresse mail (**obligatoire**) :

Profession des parents :

Entourer la catégorie et le tarif :

Catégorie		U5 U7	U9 U11	U13	U15	U17 U18	U20	RM1 RF1	DM1 DM2	DF2	Loisirs filles	Coach joueur
Tarifs	départ	70 €	105 €	130 €	130 €	130 €	130 €		135 €	135 €	80 €	65 €
	région			155 €		155 €		155 €				

Réduction : (-10 € par licencié de la même famille à compter du deuxième inscrit...)

Total : € * mode de paiement : chèque – espèces – chq vacances - autres

Droit à l'image

J'autorise l'ERVB à diffuser mes photographies – des photographies de mon enfant – sur les sites, blogs et Facebook du club sans contrepartie financière.

J'inscris mon enfant ou je m'inscris ; je certifie avoir lu et être en accord avec la charte du club.

signature des parents (si le joueur est mineur)
(Lu et approuvé)

signature du joueur
(Lu et approuvé)

ETOILE RIEZ VIE BASKET

67 ter chemin des Garennes 85270 SAINT HILAIRE DE RIEZ

etoileriezviebasket@gmail.com

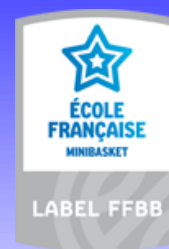
www.ervb.fr

06 61 84 12 79



St Gilles Croix de Vie,
Le Fenouiller,
St Hilaire de Riez

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX Pour les MINEURS



AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE (pour les mineurs)

Je, soussigné(e) (nom et prénom) : _____

demeurant à : _____

agissant en qualité de (rayer les mentions inutiles) père, mère, tuteur, tutrice.

du joueur (nom, prénom) : _____ né (e) le : ___ / ___ / _____

déclare : autoriser les responsables de l'ERVV ainsi que toutes les personnes encadrant les séances d'entraînement ou lors des différentes compétitions, à **prendre, en cas d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrites par un médecin y compris l'hospitalisation.**

A _____ le _____

Signature :

A qui téléphoner en cas d'URGENCE :

NOM et Prénom de la ou les personnes à prévenir : _____

portable (mère) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

portable pro (mère) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

portable (père) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

portable pro (père) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

portable personne à prévenir autre que parent : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

ETOILE RIEZ VIE BASKET

67 ter chemin des Garennes 85270 SAINT HILAIRE DE RIEZ

etoileriezviebasket@gmail.com

www.ervb.fr

06 61 84 12 79