



## Complément demande d'affiliation

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Adresse :</b>	
<b>Email :</b>	<b>GSM :</b>
<b>Date de naissance :</b>	

( Uniquement à remplir pour les mineurs )

	<b>Père</b>	<b>Mère</b>
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Adresse</b> (si différente du joueur)		
<b>Email</b>		
<b>GSM</b>		

( A remplir par le représentant légal ou le joueur majeur )

En cas de blessure du joueur lors d'un match, d'un entraînement ou d'une activité organisée par le club des Phoenix, ce document donne l'autorisation au représentant du club des Phoenix (membre du conseil d'administration, coach, entraîneur, officiels, responsable d'équipe) de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer un encadrement médical correct et approprié.

Personne à prévenir en cas d'accident

Nom : Prénom :

Email : GSM :

Je soussigné(e), ....., joueur, père, mère, tuteur \* de .....  
..... ai lu et approuvé les termes de ce document.

J'autorise / je n'autorise pas la publication des photos sportives du joueur dans les magazines, médias et sites internet.

J'accepte les statuts et règlements du club des Phoenix.

Signature + date

\* *barrer les mentions inutiles*

