



Complément demande d'affiliation

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Email :	GSM :
Date de naissance :	

(Uniquement à remplir pour les mineurs)

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse (si différente du joueur)		
Email		
GSM		

Votre enfant a-t-il besoin d'un inhalateur (puff) ou d'un médicament ?. (v rubrique dopage sur le site).....
(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 :

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.
- Je suis prêt ou quelqu'un de mon entourage (.....) est prêt à donner un peu de temps au club en l'aidant :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Officiel de table | <input type="checkbox"/> Entraîneur | <input type="checkbox"/> Délégué d'équipe |
| <input type="checkbox"/> Pour le matériel | <input type="checkbox"/> Recherche de Salle | <input type="checkbox"/> Pour les Fêtes |
| <input type="checkbox"/> Pour la presse/publicité | <input type="checkbox"/> Pour l'identité du club | <input type="checkbox"/> Pour les Tournois |
| <input type="checkbox"/> Coup de main ponctuel | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Signature + date

Si vous voulez aider mais que vous ne savez pas en quoi, peut-être qu'en mettant votre métier, nous pourrions bénéficier de vos talents (ex : instituteur peut avoir un réfectoire pour un BBQ)

Métier :

* *barrer les mentions inutiles*

