



SAVIGNE BASKET CLUB

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET D'AUTORISATIONS

INFORMATIONS DE L'ADHERENT

Sexe : M F

Nom et Prénom :

Nationalité :

Date de naissance : .. / .. /

Adresse :

Code postal :

Ville :

INFORMATIONS DU REPRESENTANT LEGAL

Situation de famille : PERE MERE TUTEUR

Sexe : M F

Nom et Prénom :

Profession :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe : __ . __ . __ . __ . __

Téléphone portable : __ . __ . __ . __ . __

@mail :

Droit à l'image

J'autorise le SBC à diffuser l'image de l'adhérent sur son site internet www.savignebasketclub.fr. Conformément à la loi "Informatique et Liberté", le club procédera au retrait de toute publication sur simple demande.

Autorisation intervention médicale

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre une des personnes nommées ci-dessous (en plus de représentant légal s'il a lieu), **j'autorise** le SBC à prendre toutes dispositions utiles pour la mise en oeuvre de soins prescrits par un médecin

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et Prénom :

Téléphone : __ . __ . __ . __ . __

Nom et Prénom :

Téléphone : __ . __ . __ . __ . __

Nom et Prénom :

Téléphone : __ . __ . __ . __ . __

Fait à :

Signature :

Le : .. / .. /

NE PAS REMPLIR - RESERVE AU SBC

Saison									
Montant									
Règlement									