**FICHE D’IDENTITE**

Nom : …………………………………………………………… Prénom : …………………………………………………

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Code postal : …………………………………. Ville : ………………………………………………………………..

Téléphone : ………………………………….. Portable : ………………………………………………………….

Date de naissance : ..... / ….. / ….. Sexe : ……………………. Catégorie : ………………………………….

Profession : Père ………………………………… Mère .…………………………… Licencié …………………………

**Pour vous permettre de recevoir toutes les informations concernant la vie du club, merci de bien vouloir renseigner cette partie :**

Mail du licencié : …………………………………………………………………@...................................................................

Mail des parents : ……………………………………………………………….@..................................................................

Souhaitez-vous participer au fonctionnement du club (entrainement, arbitrage, table de marque, aide aux évènements du club, …) pour la saison 2023 / 2024 ? **(enfants ou parents)** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

Moyen de paiement (cochez la ou les case(s) correspondante(s)) :

En ligne Pass Sport

Espèces Coupons Sports

Chèques\* Pass Région

Carte bancaire Bon CAF

Chèques Vacances

*\*Encaissement le 15 de chaque mois*

**Autorisation de soins en cas d’accident**

Je soussigné, ……………………………………., représentant légal de ………………………………………………., joueur(se) inscrit dans la catégorie ………………………………………………………… autorise les actions suivantes par les membres du Handball Club Cournon d’Auvergne :

* Tout examen ou intervention chirurgicale nécessaire
* A prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
* A reprendre l’enfant à sa sortie, uniquement en cas d’indisponibilité absolue des parents ou du représentant légale du mineur

**Informations complémentaires**

Personnes à prévenir (Nom et qualité, 2 numéros de tél) :

* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Problèmes de santé, allergie , … (Noter RAS si aucun) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….……………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à Cournon, le ……………………………………..

Signature :