



## 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 (entraînement, arbitrage, table de marque, aide aux événements du club, ...) pour la saison 2023 / 2024 ?  
**(enfants ou parents)**

.....  
.....

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

|                  |                          |                |                          |
|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| En ligne         | <input type="checkbox"/> | Pass Sport     | <input type="checkbox"/> |
| Espèces          | <input type="checkbox"/> | Coupons Sports | <input type="checkbox"/> |
| Chèques*         | <input type="checkbox"/> | Pass Région    | <input type="checkbox"/> |
| Carte bancaire   | <input type="checkbox"/> | Bon CAF        | <input type="checkbox"/> |
| Chèques Vacances | <input type="checkbox"/> |                |                          |

*\*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 :