



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Saison 2024-2025



Licencié(e) MAJEUR à l'inscription

NOM : CATÉGORIE :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

TÉLÉPHONE : LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

E-MAIL :

J'autorise le club à m'envoyer chaque mois la newsletter* par mail

Je n'autorise PAS le club à m'envoyer chaque mois la newsletter par mail

**Comme l'année dernière, vous pourrez recevoir par mail la newsletter du club. Celle-ci reviendra sur les informations majeures du club. Elle viendra compléter nos réseaux sociaux. Vous pourrez vous désabonner à tout moment.*

DROIT À L'IMAGE

J'autorise que des photos et vidéos incluant moi et/ou mon enfant soient diffusées sur les supports de communication papiers et numériques du club.

Je n'autorise PAS que des photos et vidéos incluant moi et/ou mon enfant soient diffusées sur les supports de communication papiers et numériques du club.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ASPC

Je confirme avoir lu le règlement intérieur mis à disposition sur le site internet** et j'accepte toutes ces modalités. (<https://aspcfoot49.wixsite.com/aspc49/inscriptionetreglement>)

*** Tout carton reçu sera étudié par la commission de discipline et pourra être à la charge du licencié si décision dans ce sens**

**** À partir de la saison 2024-2025, le bureau du club a décidé de demander un chèque de caution de 100€ lié aux transports des enfants des catégories U7 à U17. Si vous n'assurez pas vos tours de transports, le chèque sera alors encaissé.**

SERIEZ-VOUS PRÊT À DEVENIR BÉNÉVOLE DE L'ASPC (rayer ce qui est inutile)

OUI

NON

DATE ET SIGNATURE

PARTIE RÉSERVÉ AU CLUB

PRIX DE LA LICENCE :

RÉDUCTION / MAJORATION

MOTIF SI RÉDUCTION/MAJORATION :

MONTANT À RÉGLER :

RESTE À RÉGLER :

MODE DE PAIEMENT :

Chèques (1 2 3 4) - Carte bleue - Coupons sports - Chèques vacances - Espèces



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Saison 2024-2025



PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCES

NOM : PRÉNOM :
FIXE : PORTABLE :
E-MAIL :

SITUATION PROFESSIONNEL DU LICENCIÉ

SITUATION PROFESSIONNEL :

SERIEZ-VOUS PRÊT À DEVENIR SPONSOR ou MÉCÈNE DE L'ASPC ? (rayer ce qui est inutile)

OUI

NON

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER (SI OUI)

NOM : PRÉNOM :
FIXE : PORTABLE :
E-MAIL :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : TÉLÉPHONE :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

CAISSE COMPLÉMENTAIRE :

EN CAS D'HOSPITALISATION (rayer ce qui est inutile)

CHU

CLINIQUE

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX

ALLERGIE :

.....

ASTHME :

.....

En cas d'accident, j'autorise les responsables de l'association sportive (dirigeant, éducateur ou responsable de l'équipe) à transporter mon enfant au centre hospitalier ou clinique le plus proche. Par ailleurs, si l'état de santé de mon enfant l'exige, je donne mon accord pour faire pratiquer par un médecin les soins nécessaires y compris une intervention chirurgicale.

Noter « Lu et approuvé », date et signature