



SAISON 2024-2025

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - Mineur

LE LICENCIÉ

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance : / /
- Lieu de naissance :
- Licencié lors de la saison 2023-2024 : OUI NON
- Téléphone : / / / /
- Email :@.....
- Profession du responsable légal :
- Nom de l'employeur :

AUTORISATIONS

(Cochez les cases que vous acceptez)

- J'accepte d'être pris en photo/vidéo par un dirigeant du club à des fins pédagogique, publicitaire, ou informative avec une possibilité d'être utilisé dans des brochures ou sur le site internet ou les réseaux sociaux du club.
- J'autorise les bénévoles du club à me pratiquer des soins mineurs sur moi-même (saignements, hématomes, éraflures) si nécessaire.

ASSURANCE / ENGAGEMENTS

(Cochez les cases que vous validez)

- Je certifie en tant que licencié au CO CHAVANOD pour la saison 2024/2025 que je détiens une assurance responsabilité civile auprès d'un assureur agréé.
- Je m'engage à lire et à respecter la charte officielle du club et à respecter le règlement mis en place par le responsable de sa catégorie.

SIGNATURE DU LICENCIÉ :