**A RETOURNER AU CLUB**

**cbcombronde@gmail.com**

**Coordonnées Joueur / joueuse**

**NOM** :

**PRENOM :**

**Né(é) le :**

**Adresse complète** :

**TELEPHONES et E MAIL**

N° tel Portable Licencié :

Adresse mail Licencié :

N° tel Parent ou responsable légal à utiliser pour échanges avec club :

Adresse mail Parent ou responsable légal à utiliser pour échanges avec Club ou Comité :

**SIGNES MEDICAUX / ACCIDENT**

Si vous pensez que le coach doit avoir connaissance de certains de vos signes médicaux, merci de l’en informer.

En cas d’urgence, le licencié accidenté sera orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le plus adapté.

**En retournant ce document au club, vous déclarez avoir lu le règlement intérieur du club en consultation à la salle ou sur le site du « www.combrondebasketclub.fr ») et vous vous engagez à respecter ses clauses.**