

THORIGNE-FOUILLARD VOLLEY-BALL T.F.V.B

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM..... PRENOM.....
Date et Lieu de Naissance.....Nationalité.....
Adresse.....
.....
€-mail.....
Téléphone Domicile.....Téléphone Bureau.....
Profession.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT.....
Téléphone..... Adresse Précise.....
.....
Renseignements médicaux (facultatifs)
Groupe sanguin Allergies médicamenteuses.....
.....

IMPORTANT : En cas d'accident nécessitant une hospitalisation même temporaire, le choix de l'établissement hospitalier et l'acheminement sont du ressort des Sapeurs-Pompiers dont dépend le lieu de l'accident.

Mr et Mme.....
Autorisent les dirigeants, entraîneurs, managers, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant, à prendre toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation, et plus particulièrement si l'ayant droit de l'enfant n'a pu être joint au téléphone.

ASSURANCE : Je confirme avoir été informé que la F.F.V.B propose à ses licenciés des options facultatives en complément de l'assurance de base incluse dans la licence.

IMPORTANT : Afin de faciliter nos futurs déplacements pour les matches à l'extérieur, nous serons amenés à vous solliciter. D'ores et déjà, nous vous invitons à prendre vos dispositions et notamment à vérifier que le contrat d'assurance de votre véhicule vous permet de transporter des joueurs dans le cadre des activités de T.F.V.B.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association dont un exemplaire m'a été remis.

Thorigné-Fouillard, le
Signature (des parents pour les mineurs)