



SAISON 2016/2017

FICHE D'INSCRIPTION

Nom / Prénom du joueur :

Né le : à

Adresse :
.....

Téléphone :

Courriel :

Type de licence et tarif

JUNIOR

- né entre 1998 et 2001 **40€**
- né en 2002 et au-delà **25€**
- licencié AS collègue partenaire **15€**

SENIOR

- Étudiant, Chômeur **40€**
- Actif **60€**

Pièces à joindre avec la fiche d'inscription :

- la fiche médicale*
- certificat médical signé par un médecin
- *pour les mineurs : les autorisations parentales*
- une photo*
- un chèque avec le montant de la licence à l'ordre de *l'U.S. Lifféré football gaélique*

**dans le cas d'une nouvelle inscription ou de nouvelles informations par rapport à la saison précédente*

Les documents seront à retourner à :

U.S. Lifféré football gaélique – 9 rue Jules Ferry – 35340 LIFFRÉ

OU

- **Pour les juniors** – Gaëtan DANET – 9 rue du Darot – 35340 ERCÉ-PRÈS-LIFFRÉ

- **Pour les séniors** – Loïc BERNIER – 10 impasse des Bosquets – 35490 SENS DE BRETAGNE



SAISON 2016/2017

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e).....(père – mère – tuteur – représentant
légal) ⁽¹⁾ de (nom – prénom de l'enfant) :

AUTORISE(NT) ⁽²⁾

- les dirigeants de l'E.G.H.B. – U.S. LIFFRÉ FOOTBALL GAÉLIQUE à prendre toutes les mesures rendues nécessaires (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales), si l'état de notre enfant le nécessite **en cas d'urgence**.
- l'US Liffré football gaélique à utiliser **l'image** de mon enfant, à des fins de promotion des activités de l'association, sur ses supports de communication, son site internet (www.footballgaelique.usliffre.org), ses réseaux sociaux et dans la presse.
- Le **transport** de mon enfant par une tierce personne lors des déplacements prévus dans le cadre des activités du club en France et à l'étranger.

A, le

Signature des parents, tuteur ou
représentant légal

(1) Rayer la mention inutile



SAISON 2016/2017

FICHE MÉDICALE

Nom / Prénom du joueur :

Né le : à

Adresse :
.....

Téléphone :

N° Sécurité sociale :

Responsable du joueur à contacter en cas d'urgence

Parent (s) – Tuteur – Représentant légal ⁽¹⁾

Nom / Prénom :

Adresse :
.....

Téléphones personnel :
portable :
professionnel :

Renseignements médicaux à porter à connaissance des dirigeants du club, notamment si le joueur présente des problèmes de santé susceptibles d'être rencontrés pendant la pratique de l'activité (asthme, allergies, sujets aux entorses,...) :

.....
.....
.....

Groupe sanguin : / Poids : kg / Taille : m

Contre – indications et informations nécessaires en cas de soins et hospitalisation :

.....
.....

(1) Rayer la mention inutile

(2) Rayer les autorisations non voulues



SAISON 2016/2017

FICHE MÉDICALE

CERTIFICAT MÉDICAL

(à faire remplir par le médecin)

Je soussigné, Docteur

Certifie que

Né le :

Ne présente pas, à ce jour, de contre-indication apparente à la pratique du **football gaélique y compris en compétition.**

A, le

Signature et cachet du médecin :

- (1) Rayer la mention inutile
- (2) Rayer les autorisations non voulues