



UNION SPORTIVE DE CAMBREFORT

Siège : Ruelle Hubert SIDAMBAROM – Cité Bidou – Cambrefort – 97130 Capesterre-Belle-Eau
 Tél. : 0590 04.02.61 -0690 146.777 -**Courriel :** uscambrefort@yahoo.fr - **Internet :** http://uscambrefort.fr
 Affiliation FFF N° 53 30 94 - N° SIRET 382 088 714 00011 - N° Agrément DDJS: 9718804AAS145

Fiche de renseignements – Saison sportive 2022/2023

Nom du joueur	1 photo d'identité
Prénoms	
Date et lieu de naissance	Né(e) le..... à	
Adresse complète	
Taille et poidsmkilos	
Pied utilisé (gauche ou droit ou les deux)	
Téléphone portable du joueur (s'il en a un) ou du parent responsable	0690.....0690..... IMPORTANT pour l'envoi des convocations aux matchs	
Adresse e-mail (du joueur et des parents)@.....@..... IMPORTANT pour l'envoi des convocations aux matchs	
CADRE RESERVE A L'U.S. CAMBREFORT		
MODE DE PAIEMENT	LICENCE :	
Espèces :	Date de demande à la Ligue :	
Chèque n° :	Date de retour de la licence :	
Chèque n° :	N° de la licence :	
Chèque n° :	<u>Montant de la cotisation annuelle obligatoire :</u> 70 euros (de U6 à U19) 100 euros (séniors) 50 euros pour les féminines	
Paiement étalé enfois		
DATE (S) DES PAIEMENTS	- La participation aux différentes activités du club est conditionnée par le paiement de la cotisation annuelle. <u>Elle doit être soldée au plus tard le 31 Octobre 2022.</u>	
.....	- Paiement en plusieurs fois possible en remettant 2 ou 3 chèques lors de l'inscription (maximum 3 chèques + formulaire spécial à remplir).	
.....	- Les parents peuvent prendre leur carte d'adhérent et/ou de dirigeant accompagnateur au tarif de 20 euros.	
.....		

EN CAS D'ACCIDENT OU BLESSURE

Je soussigné(e).....

Adresse.....

Téléphoneautorise le responsable de l'US Cambrefort à prendre toutes les mesures d'urgence sur avis médical en cas d'accident ou de blessure, y compris toutes les entrées, transferts d'hôpitaux, cliniques, toutes interventions chirurgicales jugées nécessaires par les services hospitaliers, sorties après soins ou examens pour mon fils (ou ma fille) :

Nom et prénom.....

Fait à..... Le/...../.....

Signature du responsable légal, précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

AUTORISATION PARENTALE POUR LES DEPLACEMENTS EN BUS OU EN VOITURES

Je soussigné(e).....autorise et accepte que mon enfant soit transporté à titre gracieux par tous les bénévoles volontaires (*dirigeants, parents*) de l'US Cambrefort en voitures particulières ou en transports collectifs pour les activités du club (*championnat, tournoi, coupe, match amical*).

Fait à.....Le/...../.....

Signature du responsable légal, précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e).....autorise l'US Cambrefort à diffuser toute image, photo, vidéo de groupe sur laquelle figure mon fils, sur son site internet, ses affiches, ses brochures, ou tout autre support relatif à l'activité sportive de club y compris la presse.

L'US Cambrefort s'engage à conserver la confidentialité de toutes ces informations au sein du club, qui n'ont pour but que de pouvoir assurer une communication immédiate avec les familles.

Fait à.....Le/...../.....

Signature du responsable légal, précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

U.S. CAMBREFORT

U7 / U9 / U11 / U13 / U15 / U17 / U19
Saison 2022-2023

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du responsable légal :

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

Nom et Adresse de l'assureur :

.....

En cas d'accident, les encadrants s'efforceront de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant un numéro de téléphone :

1. N° du domicile :
2. N° du Père : - Portable : - Travail :
3. N° de la mère : - Portable : – Travail :

En cas d'urgence, un joueur accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un joueur mineur ne peut sortir de l'hôpital, qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'U.S. Cambrefort (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....
.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....
.....