





**SAISON 2010/2011**

**DOSSIER**  
**CREATION OU RENOUVELLEMENT**  
**LICENCE**

**A RETOURNER AVANT LE 15 SEPTEMBRE 2010.**

**LE 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2010 POUR LES CADETS ET SENIORS.**

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS

**Mme HERRMANN Patricia**

157 lot les berges du Lez 84500 BOLLENE  
Tel : 04.90.30.08.39 **avant 20h00**

- Certificat médical (**imprimé joint, ne pas oublier le surclassement**)
- Autorisations parentales (**imprimé joint**)
- Demande de licence à remplir et à signer (**imprimé joint**)
- 6 enveloppes timbrées à votre adresse
- Votre adresse mail complète
- Fiche d'identité (**imprimé joint**)
- Dossier assurance à remplir. **2 options sont proposées et l'assurance sera à régler par chèque séparé de celui de la licence Si vous refusez l'adhésion une attestation est à fournir obligatoirement.**
- 1 photos d'identité
- Chèque de :

Catégorie Seniors : **140,00 €**

Année 1993, 1994, 1995 Catégorie Cadet, Cadette : **140,00 €**

Année 1996, 1997 Catégorie Minimes Garçon et Filles : **100,00 €**

Année 1998, 1999 Catégorie Benjamins, Benjamines : **100,00 €**

Année 2000, 2001 Catégorie Poussins, Poussines : **90,00 €**

Année 2002, 2003 Catégorie Mini Poussins : **90,00 €**

Année 2004, 2005 Catégorie Baby Basket : **90,00 €**

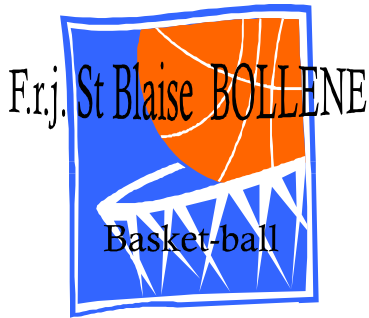
Catégorie Basket Détente : **55,00 €**

½ Tarif Entraîneur Dirigeant : **85,00 €**

Siège : F.r.j. St Blaise Bollène Basket, Route de Rochegude BP58 84502 Bollène Cedex

Association Loi 1901 : J.O du 11/07/1998 n° 1774 - FFBB : n° 2284010

N° SIRET 41969661200011 - APE 926C



## **AUTORISATION PARENTALE**

Pratique du BASKET-BALL

Compétitions ou Loisir.

Je soussigné :

Adresse :

Téléphone :

- Autorise mon enfant :

à pratiquer le basket-ball et à participer à ce titre aux déplacements, compétitions, stages et autres manifestations organisés dans le cadre du calendrier officiel des Fédérations, Comités Départementaux et Associations déclarés, au cours de l'année sportive considérée.

- Reconnaiss l'autorité des accompagnateurs sur les enfants.

- Autorise le transport de mon enfant dans les véhicules personnels des accompagnateurs (trajet Bollène, lieu de la manifestation et retour) aux dates et heures de ces manifestations.

- NOM de L'EMPLOYEUR des parents : (pour obtenir des aides auprès du comité d'entreprise) :

- MEDECIN TRAITANT : (Nom, Prénom, n° tel.)

- PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Tel :

**Les parents auront obligatoirement 3 déplacements à assurer dans la saison.**

BOLLENE, le :

SIGNATURE (précédée de la mention LU et APPROUVE)

## FICHE D'IDENTITE LICENCIE(E)

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Club : Comité :

Taille : N° Licence (si connu) :

### Renseignements généraux à fournir dans la mesure du possible

#### Contacts :

E.mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Téléphones ; (Précisez si liste rouge)

- Domicile :
- Travail :
- Portable :
- Fax :

#### Qualification d' Entraîneur :

Historique des diplômes (précisez les dates)

#### Qualification d'arbitre – OTM :

Historique des fonctions (précisez les dates) :

Liste des stages (précisez les dates):

#### Le Joueur / La Joueuse :

##### Sélections :

Liste des sélections (précisez les dates) :

##### Historique :

Les clubs précédents (précisez les dates) :

# FRJ St BLAISE BOLLENE BASKET

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront nous être utiles.

I) ENFANT

NOM :

PRENOM :

Sexe :

Date de naissance :

II) VACCINATIONS

Remplir à partir du carnet de santé de votre enfant

Antipoliomyélitique - Antidiphtérique - Antitétanique - Anticoqueluche

Préciser s'il s'agit :	Vaccins pratiqués	Dates
du DT Polio		
Du DT Coq		
Du Tétracoq		

III) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant -a- t'il déjà eu tes maladies suivantes (entourer celles contractées)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	ASTHME
OREILLONS	OTITES	ROUGEOLE	DIVERS

Indiquez ici les autres problèmes de santé de votre enfant

(Accidents musculaires ou osseux, crises convulsives, allergies, opérations, rééducation...)

\* Date :

\* Date :

IV) RECOMMANDATIONS DES PARENTS (régime alimentaire,...)

\*

\*

V) RESPONSABLE OU TUTEUR DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

MUTUELLE :

N°SS :

N° TEL Dom :

PORTABLE :

Le soussigné, responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du club du FRJ St BLAISE BOLLENE BASKET à prendre, le cas échéant, toutes les mesures, traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales... rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :