

CRÉATION / MUTATION RENOUELEMENT

NOM : Licencié (e) _____ PRENOM _____ SEXE M F

Date de Naissance _____

Lieu de naissance + département : _____ PAYS : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Tél domicile : _____ . Portable : _____

MAIL OBLIGATOIRE EN MAJUSCULE :

Profession de l'adhérent : _____ Employeur : _____

Profession du conjoint : _____ Employeur : _____

Pensez-vous que votre employeur serait intéressé par un partenariat avec notre club ?

oui non Si oui lequel : aides directes, sponsors, etc. : _____

Seriez- vous intéressé par un rôle dans la vie du Club ? oui non

Que vous soyez parent, accompagnateur, joueur, ou dirigeant, on a tous une bonne raison de s'investir dans son club.

Dans sa volonté de poursuivre son développement, le Gap Handball est à la recherche de bénévoles souhaitant apporter leur aide. Toute aide, petite ou grande sera très précieuse.

Je souhaite devenir bénévole au club

Je souhaite devenir arbitre au club

AUTRES SUGGESTIONS :

En tant que **licencié(e)**, je m'engage à participer régulièrement aux entraînements et aux compétitions de Handball pour la saison 2020/2021, à respecter le règlement intérieur, la charte du club au travers d'une éthique sportive et d'un comportement adéquat sur et hors du terrain. *Chaque licencié représente le club, la Ville de GAP, le Département, nos partenaires sur et hors du terrain.*

Fait à Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

COMMANDE ÉQUIPEMENT

NOM : Prénom :Catégorie :

COMMANDE MAILLOT / SHORT KEMPA NOUVEAU LICENCIÉ OU COMMANDE SUPPLÉMENTAIRE à la charge du licencié :

Entourez la taille (ATTENTION PAS D'ESSAYAGE):

SHORT TAILLE : 6ans - 8ans - 10ans - 12ans - 14ans -XS - S - M - L - XL - XXL - XXXL

MAILLOT TAILLE : 6ans - 8ans - 10ans - 12ans - 14ans -XS - S - M - L - XL - XXL - XXXL

(préciser si modèle adulte femme)

35€ taille enfant (6/14ans) 45€ taille adulte (S à XXXL)

AUTORISATION PARENTALE POUR LES ADHÉRENTS MINEURS

Je soussigné(e) père, mère, tuteur (*):

NOM : PRENOM

déclare avoir plein exercice de l'autorité parentale et autorise ma fille - mon fils (*)

NOM : PRENOM

né(e) le/..... / à

Adresse :

code postal : VILLE :

- à pratiquer le handball et à participer aux diverses manifestations organisées au sein du GAP HANDBALL qui propose ces activités.

- à rentrer seul à son domicile à la fin de ses entraînements ou de ses compétitions à domicile : OUI NON (*)

Si non, merci de bien vouloir prévenir l'éducateur si votre enfant est prise en charge par une autre personne que vous- même en spécifiant la qualité de cette personne (oncle, parent d'untel, grand frère...)

En outre, j'accepte- je n'accepte pas (*) que le GAP HANDBALL utilise pour son calendrier et la communication générale du club (facebook, presse, etc) des photographies de groupe prises lors des activités du Club sur lesquelles pourrait figurer mon enfant ; si cas contraire, vous devrez signaler votre refus par écrit sur papier libre.

(*) Rayer les mentions inutiles

Fait à Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION DE TRANSPORT POUR LES ADHÉRENTS MINEURS

Dans le cas des membres mineurs, les parents doivent autoriser leur enfant à se déplacer dans les véhicules des accompagnants présents lors de ces trajets. Dans le cas contraire, ils s'engagent à participer à chaque déplacement.

Je soussigné(e) père, mère, tuteur (*):

NOM : PRENOM

déclare avoir plein exercice de l'autorité parentale et autorise ma fille- mon fils (*)

NOM : PRENOM

né(e) le/..... / à

Adresse :

code postal : VILLE :

- à être transporté sur le lieu de la compétition ou de l'évènement par d'éventuels accompagnants (entraîneurs ou dirigeants).

Les parents accompagnants régulièrement pourront solliciter le club pour établir une licence dirigeant gratuite afin de bénéficier d'une couverture assurance dirigeant durant les transports.

Les frais de transport engagés par les bénévoles lors de l'accompagnement des équipes aux différents matchs, non remboursés par le Gap Handball, peuvent ouvrir droit, sous certaines conditions, à une réduction d'impôt sur le revenu. Ces frais constituent un don au bénéfice du Gap Handball, qui peut délivrer un reçu fiscal attestant de ce don pour bénéficier de la réduction d'impôt (les personnes intéressées devront se rapprocher du bureau afin d'en connaître toutes les modalités).

Fait à Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION DE SOINS ET INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

POUR LES ADHÉRENTS MINEURS

Je soussigné(e) père, mère, tuteur (*) :

NOM : PRENOM

déclare avoir plein exercice de l'autorité parentale et autorise ma fille- mon fils (*)

NOM : PRENOM

né(e) le/..... / à

Adresse :

code postal : VILLE :

- autorise en cas d'accident, le GAP HANDBALL par ses représentants à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par les sapeurs-pompiers ou le SAMU

- m'engage à transmettre les modifications de toutes coordonnées téléphoniques utiles

(*) Rayer les mentions inutiles

Personnes à contacter en cas d'urgence et /ou autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'indisponibilité des parents (présentation d'une pièce d'identité) :

NOM, Prénom : Tél :

NOM, Prénom : Tél :

NOM, Prénom : Tél :

Fait àLe

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »