



Maison de quartier
13, avenue de l'Île de France
25000 BESANÇON
Site : rollerhockeybesancon.com
Email : cyhartman2131@gmail.com
Tel : 06 15 41 82 73

Demande d'adhésion / licence - Saison 2019 - j2020

Paiement à l'ordre du RHB (merci de cocher la case si vous payez en espèces)

Paiement par chèque, nom du débiteur : _____

1. Chèque N° _____ Banque : _____ Montant : _____

2. Chèque N° _____ Banque : _____ Montant : _____

3. Chèque N° _____ Banque : _____ Montant : _____

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE POUR LES NOUVEAUX LICENCIÉS

Nom _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : ____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Email : **(obligatoire)** _____

Pour les mineurs :

Téléphone père : _____ Téléphone mère : _____

Téléphone des personnes à contacter : _____

Je soussigné, autorise les dirigeants du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, à décider de mon hospitalisation et des soins appropriés à mon état, dégage le club de toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets personnels et de toute responsabilité lors des transports.

Je m'engage à respecter toutes les consignes de sécurité et de discipline communiquées par les dirigeants du Roller Hockey Besançon lors des entraînements et des matchs.

J'autorise le RHB, dans le cadre exclusif des activités sportives, à filmer et photographier la personne ci-dessus ainsi qu'à reproduire son image dans les journaux du club et site Internet pour faire connaître le club.

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

Date : _____ Signature (du responsable légal pour les enfants mineurs) :

(Valable pour 3 ans)

Art. D. 231-1-4. – A compter du 1er juillet 2017, le sportif renseigne, entre chaque renouvellement triennal, un questionnaire de santé dont le contenu est précisé par arrêté du ministre chargé des sports. « Il atteste auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, il est tenu de produire un nouveau certificat médical attestant de l'absence de contre-indication pour obtenir le renouvellement de la licence.

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné

_____ et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique du Roller Hockey en compétition **dans sa catégorie et dans la catégorie immédiatement supérieure** (à rayer suivant le cas).

Fait à _____, le _____

Cachet et signature du médecin obligatoire