



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAISON 2024 / 2025 (mineurs)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ CATEGORIE : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### Renseignements concernant LE FOYER

#### Composition du foyer, **UNIQUEMENT EN CAS DE SEPARATION** :

NOM Prénom du père : ..... TEL.....

NOM Prénom de la mère : ..... TEL .....

Parent en charge du mineur :  Père  Mère

Etes vous le seul membre du foyer adhérent au handball ? (Optimisation des courrier)

OUI  NON

#### Renseignements divers :

Pour les mineurs , nom et adresse entreprise ou établissement scolaire :

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

Profession du père : .....

Nom et adresse de l'entreprise :

.....  
.....

Profession de la mère : .....

Nom et adresse de l'entreprise :

.....  
.....

Nous informons le signataire du présent document qu'il recevra les différents courriers de la section handball ALSGL (convocation AG, information divers etc...), par internet.

Adresse e-mail : .....

(VOIR VERSO)

**AUTORISATIONS DIVERSES :**

Je déclare avoir pris connaissance de la grille tarifaire et de l'ensemble des documents qui constituent mon adhésion à la section Handball de l'ALSGL

Je déclare autoriser .....(nom et prénom du mineur) à pratiquer le handball en compétition à l'Amicale Laique de Saint Genis Laval, l'autorise à être transporté sur les lieux de compétition en voiture particulières et minibus club.

Je déclare autoriser l'administration des soins d'urgence qui s'avèreraient nécessaire lors d'un entrainement, un match ou un événement club. Tel en cas d'urgence à rappeler ici :  
.....

Indications éventuelles de problèmes de santé n'empêchant pas la pratique du handball (asthme) ou allergies particulières :  
.....  
.....

J'autorise

Je n'autorise pas

(Nom et prénom du mineur).....à rentrer seul à son foyer à la fin des activités, sous ma propre responsabilité.

J'autorise

Je n'autorise pas

La diffusion de photo de..... sur le site du club..  
(Nom et prénom du mineur)

**ASSURANCE en cas de Mineur salarié :**

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'assurance au dos du bordereau fédéral, notamment en ce qui concerne le niveau de remboursement et les indemnités journalières en cas d'ITT.

**Lutte contre le dopage :**

Je m'engage à respecter la législation Française de lutte contre le dopage et à prendre connaissance du règlement disciplinaire particulier de la FFHB et de la liste des substances prohibées.

Date :

Signature :