



Adhésion 2017 - 2018

Je soussigné Nom _____ Prénom _____

Déclare adhérer à l'association **SAINT-CHAMOND HANDBALL PAYS** du **GIER**

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du club.

En cas d'absence lors de l'assemblée générale de fin de saison, je donne plein pouvoir :

Au Président Mr Pascal CARTIER

Au Président délégué Mr Patrice FRERY

Au Trésorier Mr Diego D'ANGELO

Au Trésorier adjoint Mr Yves ALAMERCERY

A la Secrétaire Mme Pascale JUAN

Autre Mr ou Mme _____

Merci de **cocher** la personne de votre choix ou de noter le nom de la personne qui vous représentera.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent :

Signature des parents ou du responsable légal si l'adhérent est mineur :

NB : Le montant de l'adhésion est de 5€ et il est compris dans le prix de la licence.

Le SCHPG recrute des candidats arbitres.

Si tu es intéressé(e) par la fonction d'arbitre, n'hésite plus et rempli ce formulaire !

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de Portable * :

E-mail * :

(*) Fournir un N° de Portable et/ou un E-mail valide et qui soit consulté régulièrement, les plannings d'arbitrages étant transmis via SMS et mails.

Niveau d'arbitrage : débutant - confirmé (1)

Equipe :

Binôme souhaité (facultatif) :




En cas de dotation, taille maillot : (XS-S-M-L-XL)

Le à.....

Signature du candidat arbitre :

Signature des parents si le candidat arbitre est mineur :

Pour plus de renseignements, tu peux prendre contact avec :

- | | | |
|-------------------------|--|---|
| • LISSAT Jérôme |  jerome.lissat@free.fr |  06 08 43 99 83 |
| • CHARROIN Charlène |  charlenehb@hotmail.fr |  06 59 53 62 58 |
| • BONNARD Océane |  oceane.bonnard13@gmail.com |  06 32 53 92 94 |
| • LOPES QUINTAS Maureen |  maureen.lopes1@hotmail.fr |  06 35 95 09 86 |
| • IMPALLARI Maéva |  maevaimpallari@gmail.com |  07 85 54 75 34 |

(1) Rayer la mention inutile



Autorisation parentale 2017- 2018

Je soussigné(e) (nom, prénom)
Demeurant à
Téléphone domicile : portable :
Adresse mail :

Agissant en qualité de PERE (1) MERE (1) TUTEUR LEGAL (1) de l'enfant :
Nom Prénom Date de naissance

Déclare autoriser mon enfant mineur inscrit ci-dessus, à pratiquer les activités dans le club de St Chamond Handball Pays du Gier.

Je déclare avoir pris connaissance des modalités de pratique des activités, des horaires, des lieux d'exercices. Je donne mon accord pour les déplacements des sportifs tels qu'ils sont organisés par le club. Si mon enfant est véhiculé par un autre parent, dirigeant ou entraîneur du SCHPG, je déclare occasionner aucun tort à ces transporteurs.

Les parents d'enfants mineurs doivent **accompagner leurs enfants et vérifier que le responsable de l'activité est présent avant de s'en aller que ce soit pour un match ou un entraînement. En dehors des plages d'activité, les enfants ne sont plus sous la responsabilité du club.**

EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE, LE CLUB NE POURRAIT ETRE TENU POUR RESPONSABLE, SI L'ENFANT SE RETROUVE LAISSE A LUI MEME.

J'autorise les cadres du club, en cas d'urgences à se substituer à moi pour les actes nécessaires à la sécurité ou à la santé de mon enfant, à prendre toute décision d'urgence médicale et à se substituer à moi pour la sortie de l'hôpital de mon enfant

Je reconnais avoir été informé(e) des risques normaux de la pratique de l'activité sportive, des obligations qu'elle comporte et déclare les accepter pour mon enfant.

DROIT A L'IMAGE :

Autorise (1) ou n'autorise pas (1) la diffusion de l'image du licencié

(Nom Prénom)

prise dans le cadre des activités du Saint-Chamond Handball Pays du Gier sur les supports suivants :

- Sur le site du St-Chamond handball Pays du Gier
- La publication dans la presse locale
- La publication dans les revues municipales
- Supports promotionnels du St-Chamond Handball Pays du Gier

Taille de votre enfant pour le T-shirt: et pour le Short :

Acceptez vous que vos coordonnées soient cédées à nos partenaires : OUI - NON (1)

Date

Signature (précédée de la mention écrite "lu et approuvé")

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Merci de bien vouloir nous préciser s'il y a lieu le traitement médical suivi ou les risques d'allergie de votre enfant :

(1) Rayer la mention inutile