|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *

**Aspom Bègles Handball****SAISON 2024-2025****UN DOSSIER INCOMPLET****NE PEUT PAS ETRE ACCEPTÉ****Pour tout renseignement :** - aspom.secretariat@gmail.com  - **Licence : 06 72 49 42 05** | **CADRE RESERVE A L'ASPOM BEGLES HB** | Renouvellement licenceCréation / MutationNOM(Naissance) : PRENOM Dossier d’inscriptionCertificat médical / attestationAutorisation parentaleRèglement intérieurPièce identité/Livret famille partie enfant  ( En cas de création uniquement )Photo identité ( En cas de création uniquement)Règlement intérieur signéEnveloppe timbrée avec adresse du licenciéMontant cotisation : € Montant mutation : €Chèques: 1 € le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2 € le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3 € le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4 € le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Chèque CE : €Espèces : €Carte bancaire : € |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS ADMINISTRATIVES** |
| Nom (Naissance) :  Nom (Usage) Prénom :  Date de naissance : Lieu de naissance : Adresse : Code postal :Ville : N° caisse de prévoyance (cheminots et ayant droit) Besoin d’une facture pour votre comité d’entreprise:OUI NON au nom de | Téléphone N°1 :Téléphone N°2 :Email N°1 :Email N°2 :\*si parents divorcés, inscrire les deux adresses\*\*pour les mineurs mails obligatoire des parentsProfession des parents : père MèreProfession du licencié :Profession du conjoint :Je ne souhaite pas que mes coordonnées ainsi que mes informations personnelles soient cédées aux partenaires du clubN’autorise pas l'Aspom Bègles HB à utiliser son imageN’autorise pas la FFHB à utiliser son image |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS MEDICALES** |
| **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES****COORDONNÉES DE LA PERSONNE À JOINDRE EN CAS D’ACCIDENT :**Nom & prénom : qualité tél : **COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT** :1. Nom & prénom : tél :
 |

Signature des parents (pour les mineurs), du licencié (pour les majeurs) :