|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspom Bègles Handball**  **SAISON 2024-2025**  **UN DOSSIER INCOMPLET**  **NE PEUT PAS ETRE ACCEPTÉ**  **Pour tout renseignement :**  - [aspom.secretariat@gmail.com](mailto:aspom.secretariat@gmail.com)    - **Licence : 06 72 49 42 05** | **CADRE RESERVE A L'ASPOM BEGLES HB** | Renouvellement licence  Création / Mutation  NOM(Naissance) :  PRENOM  Dossier d’inscription  Certificat médical / attestation  Autorisation parentale  Règlement intérieur  Pièce identité/Livret famille partie enfant   ( En cas de création uniquement )  Photo identité ( En cas de création uniquement)  Règlement intérieur signé  Enveloppe timbrée avec adresse du licencié  Montant 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 parents  Profession des parents : père  Mère  Profession du licencié :  Profession du conjoint :  Je ne souhaite pas que mes coordonnées ainsi que mes informations personnelles soient cédées aux partenaires du club  N’autorise pas l'Aspom Bègles HB à utiliser son image  N’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) :