



Formulaire de renseignements joueurs majeurs

*Veillez remplir ce formulaire en **LETTRES CAPITALES**.*

| | | |
|--|----------|----------|
| Nom : | Prénom : | |
| Né (e) le : | à | Pays |
| Code postal lieu de naissance : | | |
| Sexe : | Féminin | Masculin |
| Numéro de sécurité sociale ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ | | |
| Centre (cpam, msa) : | | |
| Mutuelle Nom et adresse : | | |
| Téléphone : | | |
| Mail : | | |
| Adresse : | | |
| Personne à prévenir si besoin : | | |
| J'autorise la publication de photos sur le site du club ou tout autre support publicitaire. Le : ____/____/____ à signature | | |

| |
|-----------------------------------|
| Groupe sanguin : |
| Allergie (s) éventuelle(s) : |
| Nom et tél. du médecin traitant : |
| le : ____/____/____ à signature |

Ces informations sont classées comme confidentielles et ne sont connues que du joueur, et de l'équipe encadrant le joueur. Sous réserve également de ne pas violer le secret médical.