



## Union Sportive de GASNY

Saison 2010/2011

### Fiche de renseignements

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Adresse Mail : .....

Pour les joueurs mineurs, Nom du Représentant légal : .....

Père - Mère - Tuteur légal (*rayez les mentions inutiles*)

Autre sport pratiqué : .....

Pour les nouveaux joueurs, dernier club quitté : .....

Nombre de saisons : ..... Date de démission : .....

En cas d'urgence personne à joindre : .....

Téléphone : .....

Nom du Médecin traitant : ..... Commune : .....

Téléphone du médecin : .....

Observations médicales à communiquer et allergies connues : .....

.....

Je soussigné *Père – Mère – Tuteur* (*rayez mention inutile*) : .....

accepte et autorise les dirigeants de l'U.S. Gasny Football Club à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de problème médical vis à vis de mon Enfant .....et, éventuellement, le diriger vers l'hôpital le plus proche.

Fait le : .....

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

UNION SPORTIVE DE GASNY

Route de Fourges

B.P. 23

27620 GASNY

02.32.52.02.80