



RENSEIGNEMENTS CLUB

A REMETTRE AU RESPONSABLE D'EQUIPE

Nom du (de la) joueur (euse).....

Prénom du (de la) joueur (euse).....

Date et lieu de naissance

Adresse

.....

.....

U.S.F. HANDBALL

Je soussigné, autorise, pour la saison/..... en cas d'accident, les dirigeants de la section de l'US FLECHOIS HB à faire examiner l'enfant par un médecin ou s'il est nécessaire de le faire transporter à l'hôpital le plus proche.

N° SECURITE SOCIALE :

DATE ET SIGNATURE :