



Cellois Chesnay Volley-Ball

7 rue Pottier, 78150, le Chesnay-Rocquencourt

www.cellois-chesnay-volley.fr

contact@cellois-chesnay-volley.fr

PHOTO

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2020-2021

ADHERENT EXTERNE	RESPONSABLES & CONTACTS
Nom : _____ Prénoms : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Taille _____ cm Date de naissance : _____ Nationalité* : _____ Adresse* : _____ CP : _____ Ville : _____ Profession : _____ Téléphone : _____ Email* : _____	PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE CONTACT 1 Nom: _____ Prénoms: _____ <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Email : _____ CONTACT 2 Nom: _____ Prénoms: _____ <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Email : _____
COTISATION	
SENIORS 180€ <input type="checkbox"/> JEUNES 160€ <input type="checkbox"/> LOISIRS 160€ <input type="checkbox"/> REINSCRIPTION* 90€ <input type="checkbox"/> <i>*Cotisation exceptionnelle COVID pour réinscription</i>	

<ul style="list-style-type: none">J'accepte de faire de la compétitionJ'accepte la diffusion de mon image dans le cadre des activités du clubJ'autorise le club à faire effectuer le transport à l'hôpital/centre de soins en cas d'urgenceEn tant que représentant légal j'accepte que la personne mineure dont j'ai la charge, soit transportée par un tiers, sur les lieux des matchs, tournois, entraînement, autres.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	--

NOM / PRENOMS : _____	SIGNATURE _____
QUALITE : _____	
DATE : ____ / ____ / ____	

DOCUMENTS A FOURNIR	RESERVE AU CLUB				
<ul style="list-style-type: none">FORMULAIRE DE LICENCE VALIDE PAR LE MEDECIN (ou questionnaire renouvellement)CERTIFICAT MEDICAL POUR LES + DE 35 ANSREGLEMENT DE LA COTISATIONPHOTO D'IDENTITEPHOTOCOPIE DE PIECE D'IDENTITE (1ere inscription)	<table border="1"><thead><tr><th>CATEGORIE</th><th>TYPE DE LICENCE</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	CATEGORIE	TYPE DE LICENCE		
	CATEGORIE	TYPE DE LICENCE			
		PAIEMENT <input type="checkbox"/> ESPECES <input type="checkbox"/> VIREMENT <input type="checkbox"/> CHEQUE			
	NOMBRE _____ NUMEROS _____ BANQUE _____ TITULAIRE _____				

ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE TRAITE ET DONNER LIEU A UNE INSCRIPTION