



# Cellois Chesnay Volley-Ball

7 rue Pottier, 78150, le Chesnay-Rocquencourt

[www.cellois-chesnay-volley.fr](http://www.cellois-chesnay-volley.fr)

[contact@cellois-chesnay-volley.fr](mailto:contact@cellois-chesnay-volley.fr)

PHOTO

## FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2020-2021

ADHERENT LA CELLE / LE CHESNAY	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* : _____	<b>PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b>  <b>CONTACT 1</b> Nom: _____ Prénoms: _____ <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Email : _____  <b>CONTACT 2</b> Nom: _____ Prénoms: _____ <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Email : _____
<b>COTISATION</b> SENIORS 175€ <input type="checkbox"/> JEUNES 155€ <input type="checkbox"/> LOISIRS 155€ <input type="checkbox"/> REINSCRIPTION* 90€ <input type="checkbox"/> <i>*Cotisation exceptionnelle COVID pour réinscription</i>	

<input type="checkbox"/> J'accepte de faire de la compétition	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> J'accepte la diffusion de mon image dans le cadre des activités du club	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> J'autorise le club à faire effectuer le transport à l'hôpital/centre de soins en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> En 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

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

DOCUMENTS A FOURNIR	RESERVE AU CLUB	
<ul style="list-style-type: none"><li>• FORMULAIRE DE LICENCE <b>VALIDE PAR LE MEDECIN (ou questionnaire renouvellement)</b></li><li>• CERTIFICAT MEDICAL POUR LES + DE 35 ANS</li><li>• REGLEMENT DE LA COTISATION</li><li>• PHOTO D'IDENTITE</li><li>• PHOTOCOPIE DE PIECE D'IDENTITE (1ere inscription)</li></ul>	CATEGORIE	TYPE DE LICENCE
	<b>PAIEMENT</b>	
	<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**