



Cadre réservé à l'Administratif CSV

Identité	Photos	Cotisation	Signatures	Médecin	Saisie Oval-e	Retour Oval-e

Catégorie:

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SAISON 2019-2020

NOM:

PRENOM:

Date de naissance:

Sexe: Masculin Féminin

Nationalité:

Lieu de naissance:

Code postal de naissance:

(pour les personnes nées à l'étranger, le code postal est 99000)

COORDONNEES

Adresse: **N°:** **Rue:**

Complément d'adresse:

Code Postal: **Ville:**

TELEPHONES - MAIL

Téléphone Domicile: _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ **Liste rouge:** OUI NON

Coordonnées Père :

Nom et prénom :

Tél: 0 - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ **Mail:** @

Coordonnées Mère :

Nom et prénom :

Tél: 0 - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ **Mail:** @

(très important: nous communiquons principalement par mail)

AUTORISATIONS CNIL

OUI NON

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la Fédération et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez NON, les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.

DROIT A L'IMAGE

Il est rappelé par ailleurs que dans le cadre des activités du CSV, des images (photos, vidéos...) sont susceptibles d'être prises par les dirigeants du club ou toute personne dûment mandatée par ceux-ci pendant les différentes activités (entraînements, matches, stages, sélections, réunions, activités festives...). Ces images pourront être exploitées sous quelque forme que ce soit (photos, vidéos, presse, journal du club, site internet, réseaux sociaux...), étant entendu qu'elles ne porteront pas atteinte à la vie privée du joueur, qu'il soit mineur ou majeur.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Taille vêtements: Haut : Short : Pointure chaussettes :

Etablissement scolaire fréquenté:

Classe:

INFORMATIONS MEDICALES

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies et/ou les maladies suivantes:

ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, préciser la nature de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**
(si automédication, le signaler)

.....
.....
.....

L'enfant présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter**: oui non

.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents:

(port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant)

.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Représentants légaux **Profession** **Nom et adresse de l'employeur**

Père:
.....

Mère:
.....

Fait à: le:

Signature: