



MENDE GEVAUDAN CLUB HANDBALL

11, Cité des Carmes, Maison Marty, 48000 MENDE

Tél./Fax : 04.66.49.30.78 Mail: 6148001@ffhandball.net

<http://www.mgc-handball.fr/>

<https://www.facebook.com/mendegchandball.fr>

Ouverture bureau : Lundi 13h15 à 18 h15, mardi 13h15 à 17h15, vendredi 13h15 à 16h15,
mercredi de 8h30 à 11h30, Jeudi après-midi sur RDV

FICHE DE LIAISON ADULTE

Monsieur Madame

Né(e) le : à

Taille : ;

Latéralité : Gaucher – Droitier – Ambidextre* (1)

ADRESSE:

☎ Domicile :

☎ Portable:

Mail :

☐ autorise l'utilisation de mon image sur les supports de communication du club (site, plaquette, affiches, photos ...)

☐ N'autorise pas l'utilisation de mon image par le club.

ASSURANCES

➤ Je reconnais avoir été informé (e) par ma ligue et mon club :

- des garanties responsabilité civile et individuels accidents (MMA), jointes à la demande de licence, dont je bénéficie par le biais de ma licence, ainsi que la possibilité d'y renoncer

➤ Etre assuré au titre de la responsabilité civile

➤ Etre affilié à une caisse complémentaire et à une mutuelle

Cette fiche est soumise au secret médical. Elle sera conservée par le responsable d'équipe

et remise en cas de nécessité au médecin consulté.

GROUPE SANGUIN :

ALLERGIES CONNUES A DES MEDICAMENTS OU DES SUBSTANCES DIVERSES :

DATE DU DERNIER VACCIN : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) :

TRAITEMENTS MEDICAUX EN COURS (avec copie de l'ordonnance) :

REMARQUES A L'ATTENTION DU MEDECIN :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE (si différent parent) + NUMERO DE TEL :

Fait à :

Le :

Signature

« Précédé de la mention lu et approuvé »,

(1) rayer la mention inutile