

1. LICENCIÉ(E)

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

NATIONALITÉ

ADRESSE COMPLÈTE

CODE POSTAL

VILLE

ÉQUIPE / CATÉGORIE SOUHAITÉE

2. CONTACT

E-MAIL

TÉLÉPHONE

RESPONSABLE LÉGAL (SI MINEUR)

TÉLÉPHONE DU RESPONSABLE

3. DROIT À L'IMAGE

J'autorise Futsal D'Igny à capter et utiliser mon image (ou celle du mineur représenté) sur le site du club, ses réseaux sociaux et ses supports de communication, sans contrepartie, pour la promotion des activités du club.

OUI, J'AUTORISE

NON, JE N'AUTORISE PAS

4. PIÈCES OBLIGATOIRES

- ☐ Copie d'une pièce d'identité en cours de validité
- ☐ Certificat médical d'aptitude à la pratique du football / futsal
- ☐ Photo d'identité récente

COMMENTAIRE / INFORMATION UTILE

FAIT À

LE

SIGNATURE DU LICENCIÉ OU DU RESPONSABLE LÉGAL