

# FICHE D'INSCRIPTION SENIORS

## SAISON 2017- 2018



- Photo
- Règlement
- Certificat médical
- C.A.F.
- Autre
- Attestation inscription

Réinscription

Nouveau joueur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M F

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**J'autorise le club à utiliser les photos et vidéos de l'adhérent, faites dans le cadre des activités sportives. Le prix de la cotisation, ci-dessous, prend en compte mon adhésion à l'assurance fédérale.**

Signature

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**COCHER LA CATEGORIE (le tarif dégressif s'applique uniquement aux conjoints et/ou enfants)**

Catégorie	Années	Tarif 1 <sup>e</sup> personne	Tarif 2 <sup>e</sup> personne	Tarif 3 <sup>e</sup> personne
<b><u>BASEBALL uniquement</u></b>				
19 ans et plus	1999 et avant	<input type="checkbox"/> 215 euros *	<input type="checkbox"/> 170 euros *	<input type="checkbox"/> 130 euros *
<b><u>SOFTBALL uniquement</u></b>				
	1999 et avant	<input type="checkbox"/> 180 euros *	<input type="checkbox"/> 180 euros *	<input type="checkbox"/> 180 euros *
<b><u>BASEBALL + SOFTBALL</u></b>				
19 ans et plus		<input type="checkbox"/> 245 euros *		
<b><u>NON PRATIQUANT</u></b>				
Officiel, arbitre, scoreur, entraîneur		<input type="checkbox"/> 40 euros *		

*\* Il faut ajouter 50 euros par adhérent pour toute **réinscription** nous parvenant **après le 15 novembre**.*

Merci de retourner cette fiche à **Annie Couton – 8 allée des romarins – 78180 Montigny le Bretonneux**  
Accompagnée des pièces suivantes **OBLIGATOIRES** :

1 chèque libellé à l'ordre de Montigny Baseball (pour valider l'inscription)

Je soussigné \_\_\_\_\_ atteste avoir lu et signé la charte du club

**Pour les nouveaux inscrits**

1 photo d'identité envoyée au format jpeg ou pdf à [annie.couton@club-internet.fr](mailto:annie.couton@club-internet.fr)

le **certificat médical joint complété par votre médecin**

**Pour les réinscriptions**, l'adhérent a 2 choix possibles : cocher la case correspondante

**Je fournis un certificat médical**

**Je soussigné \_\_\_\_\_ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.**

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

**Tout dossier incomplet sera retourné**