

FICHE D'INSCRIPTION SENIORS

SAISON 2019– 2020



- 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 ^e personne	Tarif 2 ^e personne	Tarif 3 ^e personne
<u>BASEBALL uniquement</u>				
19 ans et plus	2001 et avant	<input type="checkbox"/> 225 euros *	<input type="checkbox"/> 180 euros *	<input type="checkbox"/> 140 euros *
<u>SOFTBALL uniquement</u>				
	2001 et avant	<input type="checkbox"/> 190 euros *	<input type="checkbox"/> 170 euros *	<input type="checkbox"/> 150 euros *
<u>BASEBALL + SOFTBALL</u>				
19 ans et plus		<input type="checkbox"/> 255 euros *		
<u>BASEBALL FEMININ + SOFTBALL</u>				
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 **Montigny Baseball Complexe Jean Maréchal , rue Victor Hugo 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 à montignycougars@gmail.com
- 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