Fiche de renseignements du licencié

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Né(e) à : |
| Département de naissance : | Nationalité : |
| Droitier  Gaucher | Taille : |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse :  Complément :  CP :       Ville : | Adresse :  Complément :  CP :       Ville : |
| Profession : | Profession : |
| Tél. : | Tél. : |
| Mail : | Mail : |
| J'autorise le JACCHB à prendre des photos du licencié dans le cadre de l'activité handball et à les partager | |
| Je reconnais avoir pris connaissance :  - Des conditions du contrat d'assurance MMA n°114 246 500 souscrit par la FFHB et être informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat corporels auxquels la pratique du handball peut m'exposer. Si je ne souhaite pas souscrire cette assurance de personne, je coche cette case | |