



**LICENCIE(E)**

\*Nom: .....

\*Prénom : .....

\*Adresse :

.....  
.....  
.....

\*Cp :..... \*Ville : .....

Tél. Domicile : \_ \_ \_ \_ \_

Tél. bureau : \_ \_ \_ \_ \_

Mobile : \_ \_ \_ \_ \_

Télécopie : \_ \_ \_ \_ \_

\*E-mail \_ \_ \_ \_ \_

\*Né(e) le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

\*Lieu naissance : .....

Nationalité : ..... Sexe : M - F

**CERTIFICAT MEDICAL :**

\*Médecin : .....

\*N° Ordre : .....

\*Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

**ASSURANCE COMPLEMENTAIRE :**

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) : ..... déclare avoir pris  
connaissance de la demande d'adhésion au contrat d'assurances complémentaires proposée  
par la FFHG.

*SIGNATURE :*

## INFORMATIONS

### Inscriptions à la Patinoire Municipale les Samedis 5 et 12 septembre 2009 de 11h00 à 17h00

Pièces à joindre **impérativement** au dossier :

- 3 Timbres
- 1 photo identité
- Certificat Médical datant de moins de 3 mois
- Autorisation parentale ci-jointe pour les mineurs

### HORAIRES D'ENTRAINEMENTS HEBDOMADAIRES

<b>Lundi</b>	18h00/19h00	Ecole de Hockey
<b>Mercredi</b>	10h30/12h00	Ecole de hockey

### TARIFS DES ADHESIONS ET DES LICENCES ET LOCATION

<b>Ecole de Hockey</b>	30€ par trimestre
<b>Location casque</b>	10€ par an
<b>Location patins</b>	20€ par an

Renseignements autres : Denis LESTRADE, Président                      06 25 01 58 24

Eric LABONNE, Responsable matériel                      06 07 75 43 62

Abdel BARKI, entraineur :                      06 81 16 97 76

<http://www.hockey.brive.net>

**AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné(e) (*Nom et Prénom*) :.....

Demeurant à (*Adresse*) :.....

Agissant en qualité de : Père / Mère / Tuteur légal

de l'enfant (*Nom et Prénom*) :.....

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_

- Déclare autoriser le Brive Hockey Club à diffuser sur son site Internet des photos de mon enfant liées à son activité sportive.
- Déclare autoriser le Responsable ou le Coach de mon enfant à prendre, sur avis médical, en cas de maladies ou d'accident les mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales qui s'imposeront, y compris éventuellement son hospitalisation et déclare autoriser la FFHG à effectuer un test inopiné de contrôle antidopage.
- Il est rappelé que les frais nécessités par le traitement de mon enfant sont à ma charge.

DATE : \_\_ / \_\_ / \_\_

SIGNATURE :