



Secrétariat du club : Raymond DIDERICH

☏ rue des Capucines 32 – B - 6791 ATHUS – ☎ 063 38 71 56

✉ bimbasket@hotmail.com – 🌐 www.bcathus.be – 📘 BCathus

📖 **BNP-Paribas-Fortis** : IBAN BE14 2670 0264 4883 – BIC GEBABEBB

INSCRIPTION au BC ATHUS

Chers Parents, Joueuses et Joueurs,

Votre enfant ou vous-même (en tant que joueur, joueuse) souhaitez participer aux entraînements de basket au sein du BC Athus. Afin que votre enfant ou vous-même (en tant que joueur, joueuse) soyez couverts par l'assurance de la fédération en cas d'accident, nous vous demandons de bien vouloir compléter les données reprises sur ce formulaire, y inclus le certificat médical, dûment complété et signé par votre médecin.

En parallèle, vous voudrez bien verser la cotisation pour la saison 2015-2016, relative à la catégorie d'âge concernée, sur le compte repris ci-dessus, en indiquant **les nom et prénom de la joueuse ou du joueur, sa date de naissance ainsi que l'équipe à laquelle il (elle) appartient.**

Par la même occasion, nous sollicitons votre accord pour le droit à l'image en cas de publication de photos par le club, sur son site, dans les journaux, etc.

Je soussigné(e), _____, parent et/ou joueur (joueuse), donne mon accord pour la publication éventuelle de photos de mon enfant, de ma famille ou de moi-même, en rapport avec le BC Athus.

Athus, le _____

Signature de l'intéressé(e)
ou du parent responsable

Nous restons, bien entendu, à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Le Basket Club Athus

A remplir et à remettre à l'entraîneur, au plus tard au 1^{er} entraînement

NOM : _____ PRÉNOM : _____ du joueur (de la joueuse)

LIEU ET DATE DE NAISSANCE : _____ NATIONALITÉ : _____

REGISTRE NATIONAL : _____

ADRESSE : rue _____ N° _____

CP : _____ Localité : _____ Pays : _____

Tél. fixe : _____ GSM : _____

e-mail : _____

CERTIFICAT-MEDICAL *saison 2015-2016



Je soussigné(e), _____, Docteur en Médecine à _____

atteste avoir examiné aujourd'hui Mme/Mlle/M. _____

né(e) le _____, à _____ habitant _____

et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique du basket-ball.

Fait à _____, le _____

→ Identification du médecin → Signature:

«Le sportif reconnaît par sa signature qu'il a parfaite connaissance du décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 relatif à la lutte contre le dopage et qu'il a pris connaissance et accepte le règlement antidopage de l'AWBB et le règlement de procédure de la C.I.D.D. (Commission Interfédérale Disciplinaire en matière de Dopage), instance disciplinaire de l'AWBB en matière de violation des règles antidopage. Il accepte irrévocablement que toutes les poursuites disciplinaires pour fait de dopage, tel que défini par le décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 et le règlement antidopage de l'AWBB soient portées devant la C.I.D.D., seule instance disciplinaire compétente à son égard.»

Date: _____ et **signature du SPORTIF** et, le cas échéant, celle d'un de ses représentants légaux.