



# Fiche d'inscription

Saison 2019 - 2020

A



Agrafez votre photo

Nom et prénom	
Adresse postale	
Code postale et ville	
Date de naissance	
Ville et département de naissance	
Nationalité	

## Discipline

- Baseball
- Softball

## Catégorie

- U9
- U12
- U15
- U18
- Senior

## Coordonnées de contact

Téléphone portable	
Adresse email	

## Pour les mineurs

Téléphones portables des parents	1 : 2 :
Adresses email des parents	1 : 2 :

Avez-vous déjà été licencié dans un autre club de Baseball que Nantes ?

- oui
- non
- ( Si oui ) Ancien club :
- Nombre d'année de pratique :
- N° de licence :

Avez-vous un diplôme :

- Arbitre Baseball / Softball
- Scoreur
- Initiateur

Si vous souhaitez-vous passer un diplôme fédéral baseball/softball pendant l'année, lequel :

- Arbitre Baseball / Softball
- Scoreur
- Initiateur

# Autorisation parentale pour les mineurs

**B**

**Saison 2019 - 2020**

Je soussigné-e, Mr - Mme :

Responsable légal / parent de :

Licencié du NABS en :

U9

U12

U15

U18

Déclare : **(\*) Rayer les 3 mentions inutiles**

- AUTORISER mon enfant à pratiquer le Baseball au sein du NANTES ATLANTIQUE BASEBALL SOFTBALL et à participer à toutes les activités sportives du Club
- ACCEPTER / NE PAS AUTORISER (\*) que mon enfant soit pris en photo à l'occasion des entraînements, matchs, ou toute animation sportive à domicile ou à l'extérieur et que son image soit utilisée dans le cadre des activités du club ou des structures affiliées à la **FFBS**
- AUTORISER / NE PAS AUTORISER (\*) mon enfant à rentrer seul à son domicile après la séance d'entraînement prévue et/ou un match / tournoi / plateau
- AUTORISER / NE PAS AUTORISER (\*) mon enfant à rentrer à domicile après la séance d'entraînement et/ou un match / tournoi / plateau avec le parent d'un autre joueur, et m'engager à prévenir le responsable sportif de cette éventualité
- AUTORISER le NANTES ATLANTIQUE BASEBALL SOFTBALL à le faire hospitaliser si nécessaire
- DÉCHARGER le NANTES ATLANTIQUE BASEBALL SOFTBALL de tout incident qui pourrait survenir en dehors des équipements du Club
- PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE
  - Nom :
  - Téléphone domicile/mobile/travail :
  - Lien avec le (la) joueur-se :
- Avoir pris connaissance du règlement et l'accepter sans réserve.

Fait à :

Le :

**Signature obligatoire**

# Assurances



## Saison 2019 - 2020

L'assurance est obligatoire pour pratiquer notre sport.

Vous pouvez choisir :

- Soit de contracter l'assurance individuelle pour la pratique du Baseball et du Softball proposée par la Fédération Française de Baseball et Softball (4€ inclus dans la cotisation).
- Soit de fournir une attestation d'assurance de votre propre assureur précisant : «garanties dommages corporels et Responsabilité civile dans le cadre sportif extra-scolaire et notamment le Baseball et le Softball ». De plus, vous êtes invités à vérifier s'il est dans votre intérêt de souscrire à une assurance complémentaire individuelle garantissant les dommages corporels ou d'autres extensions de garanties (ex : Indemnités journalières, ...).
  - Nom de la compagnie d'assurance :
  - Nom de l'assuré principal :
  - Numéro d'assurance :

Si vous souhaitez renoncer à l'assurance fédérale, merci de remplir les documents ci-joints suivants :  
l'attestation - Information de l'assurance qu'il faut nous retourner signée  
l'attestation individuelle de renoncement qu'il faut envoyer à votre assureur.

## Responsabilité civile

J'atteste avoir une assurance comprenant la responsabilité civile pour les activités sportives. (Cocher la case) L'ensemble des documents relatifs aux assurances sont disponibles dans la base documentaire fédérale :

<https://ffbs.fr/federation/informations-licences/>

Fait à :

Le :

**Signature obligatoire**

# Attestation médicale

D

**Saison 2019 - 2020**

A remplir si votre certificat médical est toujours valide (date de moins de trois ans)

## Pour les majeurs

Je soussigné M - Mme :

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 et signature du sportif**

## Pour les mineurs

Je soussigné M - Mme :

en ma qualité de représentant légal de :

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé **QS-SPORT Cerfa N°15699\*01** et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Date et signature du représentant légal**