



DEMANDE D'AFFILIATION AWBB AU BC HERVE BATTICE



A remplir et à remettre dans la boîte aux lettres du secrétariat « Wans Sandrine »
(En dessous des escaliers de la cafétéria)

Joueur

Délégué*

Entraîneur

Arbitre

Nom

Prénom

E-Mail

GSM

Tél

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Sexe

M / F

Ville de naissance

Pays de naissance

Nationalité

N° Registre national (!!! IMPORTANT !!!)

Rue

Ville

Code postal

Pays

Photo

FORMAT
CARTE
D'IDENTITE

!!! IMPORTANT !!!

Registre national. Sans ce N° impossible d'inscrire

!!! IMPORTANT !!!

* Si c'est une fiche d'affiliation d'un DÉLÉGUÉ, remplir nom et prénom de l'enfant

Nom et prénom de l'enfant



SIGNALETIQUE INTERNE BC HERVE BATTICE

(Pour communication et courrier interne du club)



Joueur :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

GSM :

Mail :

Adresse (du joueur si majeur ou MAMAN en cas de double adresse) :

Rue : Numéro :

Localité : Code postal :

Tel. Maison : GSM :

Mail :

2^{ème} adresse (PAPA en cas de double adresse) :

Rue : Numéro :

Localité : Code postal :

Tel. Maison : GSM :

Mail :

RGPD

J'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées pour permettre de me recontacter, pour m'envoyer la newsletter, dans le cadre des activités du BC Herve-Battice et uniquement dans ce cadre.

DROITS A L'IMAGE

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

La publication de photographies sur le site web du BC Herve-Battice

!!! ATTENTION !!!

Signaler par mail ou au coach tout changement d'informations.

bchervebattice.secretariat@gmail.com

Remplir les 2 exemplaires (1 pour la farde du délégué et 1 pour l'AWBB)

A rendre dûment complété au délégué de l'équipe ou dans le casier de la secrétaire (WANS Sandrine) en dessous de l'escalier

N° de l'équipe (ex : U6, U12G...) :



CERTIFICAT MEDICAL
Saison 2018 – 2019

Je soussigné(e), Docteur en Médecine à
atteste avoir examiné aujourd'hui Mlle/ Mme/ 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 seront 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.



CERTIFICAT MEDICAL
Saison 2018 – 2019

Je soussigné(e), Docteur en Médecine à
atteste avoir examiné aujourd'hui Mlle/ Mme/ 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 seront 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.



BC - HERVE - BATTICE

COTISATION



Référence à rappeler lors du paiement :

N° de l'équipe – Nom et Prénom du joueur

Montant de la cotisation : 215 €

A verser sur le compte BNP Paribas Fortis.
BE43 0016 5433 5101
BIC : GEBABEBB

EXEMPT DE TVA SUIVANT L'ARTICLE 44 §2.3 DU CODE DE LA TVA