|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identité** | | | | | |
| Nom de Naissance |  | | Pays de Naissance | |  |
| Nom usuel |  | | Départ. de Naissance | |  |
| Prénom |  | | Ville de naissance | |  |
| Date de naissance |  | |  | |  |
| Sexe \* | 🞏 H - 🞏 F \* | |  | |  |
| **Coordonnées** | | | | | |
| N° rue | |  | Type téléphone\* | 🞏 Fixe 🞏 Mobile \* | |
| Nom de rue | |  | N° Téléphone | . . / . . / . . / . . / . . | |
| N°appart./escalier | |  |  |  | |
| Résidence, bâtiment | |  | Email |  | |
| Lieu-dit | |  |  |  | |
| Code Postal | |  |  |  | |
| Ville | |  |  |  | |
| Pays | |  |  |  | |
| 🞏 Autorise la cession de son adresse postale aux partenaires commerciaux de la FFHB \* | | | | | |
| 🞏 Autorise la cession de son adresse électronique aux partenaires commerciaux de la FFHB \* | | | | | |

*A RAPPORTER REMPLIE au moment de l’accueil sur place et à présenter OBLIGATOIREMENT avec les licences des joueurs (euse) licencié(e)s en 2017-18.*

*La totalité de ces renseignements est obligatoire afin de contracter l’assurance événementielle gratuite (offerte par le SNHB) permettant aux non licencié(e)s de participer à notre tournoi tout en étant couvert.*

*\* Cochez le renseignement exact*

*Je soussigné(e), ..................................................... responsable légal de l’enfant ci-dessous, autorise les responsables du tournoi à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires à la préservation de sa santé (hospitalisation, opération.).*

*La personne à contacter en cas d'urgence est : Nom : Prénom : N°  de Tel :  
Fait à ........................................................., Le . . / . . / . . . . Signature :*