



HOCKEY CLERMONT COMMUNAUTÉ AUVERGNE



Catégories 2016 - 2017	
Moins de 7	2010 et après
Moins de 9	2008 - 2009
Moins de 11	2006 - 2007-2008
Moins de 13	2004 - 2005-2006
Moins de 15	2002 - 2003-2004
Moins de 17	2000 - 2001 - 2002
Moins de 20	1997 - 1998 - 1999 - 2000-2001
Senior	1996 et avant 1997-1998_1999

Précisions sur les surclassements

Surclassement en senior-	1997/1998/1999
Surclassement en u/20 -	2000/2001
Surclassement en u/17-	2002
Surclassement en u/15-	2004
Surclassement en u/13	2006
Surclassement en u/11	2008
Surclassable (année en rouge) :	OUI NON

FICHE D'INSCRIPTION POUR LA SAISON 2016-2017 du licencié :

N° de licence :		Hockey sur glace ou Hockey Luge*		Catégorie :	
Nom					
Prénom					
Civilité					
Date naissance					
Lieu naissance					
Nationalité					
e-mail					
fixe		portable		professionnel	
Adresse courrier					
RENSEIGNEMENTS Notamment allergies, contre-indications etc.					
REGLEMENT INTERIEUR		Je soussigné(e) licencié mineur ou majeur, certifie avec lu et certifie accepter le règlement intérieur du HCCA. Date et signature :			

* rayer la mention inutile

POUR LES MINEURS : PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
e-mail		
Tél domicile		
Tel portable		
Tel professionnel		
Profession		

En cas de parents divorcés, le HCCA se réserve le droit de demander une copie de jugement.

POUR LES MINEURS AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné , le Père,
Je soussignée , la Mère,
Autorisent notre enfant
à pratiquer le hockey sur glace au sein du Hockey Clermont Communauté Auvergne - autorisent les responsables du dit HCCA, à prendre, en cas d'urgence, toutes les décisions concernant l'hospitalisation, l'intervention chirurgicale et/ou les soins que nécessiterait l'état de notre enfant au cours de la saison 2016-2017.

Déclarent avoir lu et approuvé le règlement du HCCA dont j'ai pris connaissance (en annexe).

Date et signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Le Père

La Mère

CERTIFICAT MEDICAL A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Ci-dessous, le certificat médical à faire remplir par votre médecin.

ATTENTION : en cas de surclassement, votre médecin devra remplir **EN PLUS** un imprimé spécifique à demander au Club (différent pour surclassement simple et double).

La demande de surclassement est, bien entendu, d'abord soumise à l'avis de l'entraîneur

Je, soussigné(e) docteur

Certifie avoir examiné [M.] [Mlle] [Mme]

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe apparent semblant contre indiquer la pratique du Hockey sur Glace, en compétition dans sa catégorie.

Fait à Le :

Signature du médecin :

Je certifie exacts les renseignements portés sur ce document et je reconnais avoir été informé du fait que ces renseignements feront l'objet d'un traitement informatisé relevant de l'article 15 de la loi de janvier 1978 - sous réserve de l'avis de la CNIL.

Ces informations pourront être utilisées dans le cadre du Club. Toutes ces informations sont données à titre obligatoire pour la délivrance des licences, un droit d'accès et de rectification étant ouvert auprès de la F.F.H.G. 36bis rue Roger Salengro 92130 ISSY LES MOULINEAUX.

Fait àLe :

SIGNATURES OBLIGATOIRES DES DEUX PARENTS

Le Père

La Mère