



N° de licence

Catégorie

Surclassement
OUI - NON

INSCRIPTION SAISON 2013-2014

Nom du licencié		Prénom du licencié	
Date de Naissance		Lieu de naissance	
Nationalité		Départ. naissance	
Adresse			
Code postal		Ville	
Nom si différent	Père : Mère :	Profession parents	Père : Mère :
Téléphone domicile		Mobile joueur	
Portable Père		Mobile Mère	
Email 1		Email 2	

Certificat médical

(utiliser le formulaire de surclassement pour les joueurs nés en 2005, 2003, 2001, 1999, 1997, 1996, 1995, 1994, 1993, 1992)

Je soussigné, Docteur..... certifie avoir examiné
et n'avoir constaté ce jour, aucun signe apparent semblant contre indiquer la pratique du hockey sur glace en compétition dans sa catégorie d'âge.

Fait à le

Cachet & signature du Médecin

Le certificat médical doit obligatoirement être de moins de 4 mois à la date de dépôt du dossier d'inscription

A joindre obligatoirement

1 photo d'identité	4 timbres au tarif en vigueur
1 copie de pièce d'identité du licencié (pour les nouveaux inscrits)	Copie de l'avis de non imposition pour les Nocéens (réduction de 30 € sur le montant total de la licence)

Paiement – Cochez le mode choisi

Aucune licence ne sera saisie sans paiement

le 1^{er} versement doit au minimum être égal au montant de la licence Fédérale – le solde doit être réglé au plus tard pour le 30 avril 2014

Chèques établis à l'ordre du HCNM 93 (maximum chèques avec la date d'encaissement demandée au dos)	Espèces
Prélèvement unique ou multiples effectués, le 10 du mois (de septembre à avril). Autorisation de prélèvement à joindre + RIB Nombre de prélèvements souhaité : _____ Maxi 8 prélèvements si inscription faite au plus tard le 3 septembre.	Coupons sport ou chèques vacances ANCV

Autorisations obligatoires à signer

Licencié MINEUR (Par le représentant légal)

Je soussigné représentant légal de l'enfant mineur

- ◆ Conformément à l'article 7 du décret relatif aux prélèvements et examens autorisés dans les contrôles antidopage **autorise*** – **n'autorise pas*** que soit effectué sur mon enfant un prélèvement sanguin ou salivaire. En foi de quoi, je remets la présente attestation au responsable de l'association HCNM dans laquelle mon enfant est licencié.
- ◆ *NB : l'absence d'autorisation parentale pourra être regardée comme un refus de se soumettre aux mesures de contrôle.*
- ◆ Certifie avoir pris connaissance de l'offre d'extension d'assurance proposée par la FFHG et déclare Refuser l'offre d'extension options B et C.
- ◆ Reconnais avoir pris connaissance du règlement du HCNM et m'engage à en respecter les articles.
- ◆ Déclare autoriser en cas d'accident le transfert de mon enfant jusqu'à l'hôpital le plus proche afin d'y faire pratiquer les soins nécessaires.
- ◆ Autorise mon enfant à effectuer des déplacements avec le HCNM et déclare dégager de toute responsabilité l'association concernant les blessures et dommages occasionnés par mon enfant à soi-même ou à un tiers, ainsi que les personnes utilisant leur véhicule personnel en tant qu'accompagnateur lors des matches à l'extérieur.
- ◆ Autorise le HCNM 93 à utiliser des photos de **mon enfant** prises dans le cadre des activités du club (sur glace ou hors glace) pour les besoins de son site internet et facebook ou tout document d'informations (livrets, lettres, tracts, affiches...).

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément aux dispositions de l'article 27 de la Loi du 06/01/78, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant, en vous adressant par courrier, à la : FFHG – 36 bis rue Roger Salengro – 92130 ISSY LES MOULINEAUX. Sauf opposition de votre part, les données vous concernant pourront être cédées à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Le
Signature

* rayer la mention inutile

Licencié MAJEUR

Je soussigné

- ◆ Certifie avoir pris connaissance de l'offre d'extension d'assurance proposée et déclare refuser l'offre d'extension pour les options B et C.
- ◆ Reconnais avoir pris connaissance du règlement du HCNM et m'engage à en respecter les articles.
- ◆ Déclare autoriser en cas d'accident mon transfert jusqu'à l'hôpital le plus proche afin d'y faire pratiquer les soins nécessaires.
- ◆ Autorise le HCNM 93 à utiliser des photos de moi-même prises dans le cadre des activités du club (sur glace ou hors glace) pour les besoins de son site internet et facebook ou documents d'informations (livrets, lettres, tracts, affiches...).

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément aux dispositions de l'article 27 de la Loi du 06/01/78, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant, en vous adressant par courrier, à la : FFHG – 36 bis rue Roger Salengro – 92130 ISSY LES MOULINEAUX. Sauf opposition de votre part, les données vous concernant pourront être cédées à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Le
Signature

* rayer la mention inutile

Paiements (réservé au HCNM)

Réduction non imposition	Montant dû		
Chqs – espèces – coupons ANCV	Date d'encaissement	Montant	
PRELEVEMENTS - Nombre :	Montant :	Mois du 1^{er} prélèvement :	