



**LA GAULOISE BASKET**  
**11, rue du Pointis**  
**51300 VITRY-LE-FRANÇOIS**  
**gv.secretariat@gmail.com**

## FICHE INDIVIDUELLE « JOUEUR CORPO 2025 »

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP – ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Licencié ffbb 2024-2025 : Oui ☐ Non ☐

Téléphone \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ancien licencié FFBB : Oui ☐ Non ☐

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Travaillez-vous ou œuvrez-vous sur le bassin d'activité Vitryat ? Oui ☐ Non ☐

Nom de l'entreprise dans laquelle vous travaillez : \_\_\_\_\_

### Décharge de responsabilité

Je soussigné(e) .....

Certifie donner, en cas d'accident, mon autorisation afin que je reçoive tous les soins nécessaires à mon état et sois éventuellement hospitalisé(e).

De plus je décharge les dirigeants du club de toutes responsabilités, en dehors des lieux mêmes de l'entraînement ou de compétition. En adhérant, je m'engage à respecter les statuts de l'association de la Gauloise de Vitry le François et son règlement intérieur.

Date :

Signature :

### Autorisation d'utilisation d'image

J'autorise l'association La Gauloise Basket de Vitry Le François à utiliser mon image pour la promotion de l'association, et ce, sur tous supports.

Date :

Signature :

### Attestation de non-contre indication à la pratique du Basketball

Je soussigné(e) .....

certifie ne pas avoir de contre-indication à la pratique du basket ball « Loisir / Santé ». Je décharge les dirigeants du club de toutes responsabilités, en cas d'accident médical lié à mon état de santé.

Date :

Signature :

*Merci de votre compréhension. Conformément à la loi informatique et libertés vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.*

***Je m'inscris dans l'équipe : .....***

*Par mon inscription dans une équipe du tournoi Corpo je deviens adhérent « loisir-entreprise » du Club de La GAULOISE BASKET*