



Nom du licencié : .....  
Équipe : .....  
Adresse mail : .....

## Questionnaire médical

Groupe sanguin : .....  
Allergies connues : .....  
Traitement en cours : .....  
Antécédents médicaux ou chirurgicaux : .....  
Blessures : .....  
Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Autorisations J'autorise L'US AUCAMVILLE HANDBALL à me prendre en photos ou à me filmer et à diffuser ces images sans limite dans le temps sur le site ou les réseaux sociaux du club et dans la presse locale.

OUI NON

J'autorise le club à transmettre mon adresse mail aux autres licenciés de ma catégorie

OUI NON

Souhaitez-vous devenir bénévole du club et aider lors des manifestations ?

OUI NON

Personne à contacter en cas d'urgence

.....  
Téléphone(s) : .....  
Lien avec le licencié : .....

Par la signature de ce document, je déclare que tous les renseignements sont exacts.

Fait le : .....

Nom et Signature :