

Document d'affiliation 2015-2016

Nom du club : **Basket Club de Fraire**

Matricule : **1861**

(A remplir par l'adhérent)

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte :

Localité : Code Postal :

E-mail : Gsm : Tél :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Nationalité :

Féminin

Pour les parents séparés (Père ou Mère*)

Rue : Numéro : Boîte :

Localité : Code Postal :

E-mail : Gsm : Tél :

*barrer



CERTIFICAT MEDICAL Saison 2015 – 2016

Je soussigné(é)..... Docteur en Médecine à

atteste avoir examiné aujourd'hui Mlle/ Mme/ M.

né(e) le, à..... habitant

et n'avoit constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du basket-ball.

Fait à, le

Identification du médecin

Signature

(A remplir par le médecin)

Le sportif reconnaît par sa signature qu'il a parfaite connaissance du décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 relatif à la lutte contre le dopage et qu'il a pris connaissance et accepte le règlement antidopage de l'AWBB et le règlement de procédure de la C.I.D.D. (Commission Interfédérale Disciplinaire en matière de Dopage), instance disciplinaire de l'AWBB en matière de violation des règles antidopage.

Il accepte irrévocablement que toutes les poursuites disciplinaires pour fait de dopage, tel que défini par le décret de la Communauté française du 20 octobre 2011 et le règlement antidopage de l'AWBB seront portées devant la C.I.D.D., seule instance disciplinaire compétente à son égard.

Date et signature du sportif et, le cas échéant, celle d'un de ses représentants légaux.

(A signer par le joueur)