

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT EN CHAMPIONNAT DEPARTEMENTAL SENIORS

Féminin

D1

Masculin

D2

NOM COMPLET DU CLUB : _____

N° DU CLUB : _____

CORRESPONDANT DE L'EQUIPE :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

☎ domicile : _/_/_/_/_/___ ☎ portable : _/_/_/_/_/___ E-MAIL _____

ENTRAÎNEUR DE L'EQUIPE :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

☎ domicile : _/_/_/_/_/___ ☎ portable : _/_/_/_/_/___ E-MAIL _____

DIPLOME : _____

ARBITRE DE L'EQUIPE :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

☎ domicile : _/_/_/_/_/___ ☎ portable : _/_/_/_/_/___ E-MAIL _____

GYMNASE UTILISE PAR L'EQUIPE :

NOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ LOCALITE : _____

Particularités utilisation de la salle :

En tant que correspondant d'équipe du club de, j'autorise le comité à enregistrer mes données personnelles, qui seront conservées par la présidente du comité pendant un an, après la fin de mon mandat de correspondant. Elles ne pourront être exploitées que par les Clubs du département et les instances du volley-Ball : Comité VB 44, Ligue des Pays de Loire et FFVB.

Cachet du club

Date et signature du président

A JOINDRE AU BORDEREAU DE VERSEMENT