

## Inscription au CRBB The RUNNERS saison 2017-2018

Joignez une photo ou envoyez-là à jefponcelet@gmail.com

- 1° Date de naissance :
- 2° Nom :
- 3° Prénom :
- 4° Lieu de Naissance (Ville avec code postal et pays) :
- 5° Adresse 1 (rue et numéro) :  
Adresse 2 (code postal et commune) :
- 6° Nationalité :
- 7° Numéro de registre national :
- 8° Adresse mail :
- 9° Téléphone fixe :
- 10° GSM :

Avez-vous un véhicule et avez-vous la possibilité de conduire plusieurs enfants lors des matchs à l'extérieur ? Si oui combien ? OUI/NON .....enfants  
Par la présente je m'engage à payer la cotisation de 170 euros avant décembre 2017.

Signature du parent/tuteur légal :

## Inscription au CRBB The RUNNERS saison 2017-2018

Joignez une photo ou envoyez-là à jefponcelet@gmail.com

- 1° Date de naissance :
- 2° Nom :
- 3° Prénom :
- 4° Lieu de Naissance (Ville avec code postal et pays) :
- 5° Adresse 1 (rue et numéro) :  
Adresse 2 (code postal et commune) :
- 6° Nationalité :
- 7° Numéro de registre national :
- 8° Adresse mail :
- 9° Téléphone fixe :
- 10° GSM :

Avez-vous un véhicule et avez-vous la possibilité de conduire plusieurs enfants lors des matchs à l'extérieur ? Si oui combien ? OUI/NON .....enfants  
Par la présente je m'engage à payer la cotisation de 170 euros avant décembre 2017.

Signature du parent/tuteur légal :



**CERTIFICAT MEDICAL**  
Saison 2017 – 2018

Je soussigné(e), ..... Docteur en Médecine à .....  
atteste avoir examiné aujourd'hui Mlle/ Mme/ M. ....  
né(e) le ..... à ..... habitant .....  
et n'ayant constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du basket-ball.  
Fait à ..... le ..... Signature  
Identification du 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 la 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 des ses représentants légaux.



**CERTIFICAT MEDICAL**  
Saison 2017 – 2018

Je soussigné(e), ..... Docteur en Médecine à .....  
atteste avoir examiné aujourd'hui Mlle/ Mme/ M. ....  
né(e) le ..... à ..... habitant .....  
et n'ayant constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du basket-ball.  
Fait à ..... le ..... Signature  
Identification du 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 la 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 des ses représentants légaux.



**CERTIFICAT MEDICAL**  
Saison 2017 – 2018

Je soussigné(e), ..... Docteur en Médecine à .....  
atteste avoir examiné aujourd'hui Mlle/ Mme/ M. ....  
né(e) le ..... à ..... habitant .....  
et n'ayant constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du basket-ball.  
Fait à ..... le ..... Signature  
Identification du 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 la 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 des ses représentants légaux.



**CERTIFICAT MEDICAL**  
Saison 2017 – 2018

Je soussigné(e), ..... Docteur en Médecine à .....  
atteste avoir examiné aujourd'hui Mlle/ Mme/ M. ....  
né(e) le ..... à ..... habitant .....  
et n'ayant constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du basket-ball.  
Fait à ..... le ..... Signature  
Identification du 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 la 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 des ses représentants légaux.