

Pour toute nouvelle inscription au club, le paiement complet de la cotisation sera réclamé, augmenté de 25€ de frais de dossier réclamé par L'URBSFA.

La participation du joueur dans l'une des ces équipes étant, hormis les conditions d'âge éventuelles, laissée à l'appréciation du ou des entraîneurs ayant en charge les dites équipes.

Le joueur s'engage à être assidu aux entraînements et à répondre favorablement, sauf cas de force majeure ou avertissement préalable, à toute convocation formelle ou invitation explicite du club à participer à un match officiel ou amical dans une des équipes du club qui correspondra le mieux à ses qualités footballistiques du moment.

Le joueur s'engage ainsi formellement, à dater de la présente convention, à titre définitif et certain, sans aucune réserve et de façon irrévocable, à rester affilié et à prêter au club jusqu'à la fin de la période définie ci-avant.

Le joueur s'engage par ailleurs à respecter les règles du football ainsi que les directives de l'URBSFA en terme de règlement, acceptation des sanctions et Fair Play.

De plus le joueur se conformera au règlement intérieur du club et notamment en terme de disponibilité sous peine d'exclusion de l'équipe, voire du club sans rétrocession des montants versés

Le joueur propose au club, qui accepte, les conditions particulières suivantes :

.....  
.....  
.....

Fait à Comines, le

Signature du joueur / représentant légal  
"Précédée de lu et approuvé"

Pour et au nom du club  
Nom et Qualité dusignataire

Nom manuscrit du Joueur

Annexes

Document d'affiliation URBSFA pour la saison ci avant  
Copie recto / verso de la carte d'identité ou du Titre de séjour-UE

Pack Equipement	Taille
Veste de training	
Pantalon de training	
Pantalon trois quart	
Short	
Tee Shirt	



## R. JESPO COMINES-WARNETON

**A.S.B.L.**

Rue de la Gare, 6

7780 COMINES

☎ : 056 55 84 84 📠 : 056 55 62 63

Site: [www.jespo-comines.be](http://www.jespo-comines.be) - email: [jespo@jespo-comines.be](mailto:jespo@jespo-comines.be)

Matricule URBSFA: 02298 – Entreprise n° BE0420 356 230

T.V.A. BE0668014650

Banque BELFIUS n° BE23 7995 4497 4391

### Convention d'affiliation de Joueur en Equipe d'Age

Nom, Prénom		Nationalité	
Lieu, date de naissance		Nr national	
Adresse			
Code postal - Ville		Pays	
Telephone Fixe		Portable	
Ressortissant UE habitant en B	date arrivée en B	* copie carte d'identité	
dernière adresse étrangère			
Joueur UE habitant en B	date arrivée en B	* copie carte d'identité	
dernière adresse étrangère			
Joueur non UE habitant en UE	date arrivée en UE	* copie titre de séjour - UE	
dernière adresse hors UE			
Adresse Email		Cpte Bancaire	

Première affiliation URBSFA	oui	non
Club Précédent	Ville-Pays	
Attestation médicale	oui	non
Je déclare que je n'ai aucune contre indication médicale à la pratique du football		

Cotisation	
------------	--

Le joueur demande au club, qui accepte, de pouvoir être repris lors de la période sus mentionnée dans une équipe Jeune du club (joueurs ayant l'âge et les qualités requises par l'URBSFA pour pouvoir évoluer dans une des catégories prévues), Le joueur ou le(s) représentant(s) légal du joueur s'engage à payer la cotisation reprise ci-dessus pour le 30/04 ou lors de l'essayage du pack d'équipement.

Une dérogation peut être octroyée dans les conditions strictes suivantes : le club peut accepter le paiement en deux parties, la première de minimum 100€ avant le 30/04, le solde est à verser au plus tard le 15/08 contre remise du pack d'équipement.

Ce pack dont les tailles sont précisées ci-dessous sera constitué d'un Sac, Jogging complet, d'un Short, d'un Pantalon 3/4, d'un Tee Shirt ainsi qu'une paire de bas.

## Attestation médicale\*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

1. Nom, prénom et club du joueur accidenté .....
- 1.5 Date de l'accident ...../...../20.....
2. Date du 1<sup>er</sup> examen médical ...../...../20..... heures
3. Quelles sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ? .....

S'agit-il d'une récurrence ? OUI / NON

Y-a-t-il concours d'un état antérieur (infirmité, OUI / NON

maladies ou la victime était-elle estropiée ?

- 3.5 Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté sur la déclaration d'accident au verso OUI / NON

4. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un :

a) kinésithérapeute ou physiothérapeute ? . . . . . OUI / NON

Combien de séances sont nécessaires ?

Si des séances supplémentaires devaient s'avérer nécessaires plus tard, le joueur ou le club doit nous transmettre une copie de la prescription médicale AVANT que chaque nouvelle série débute.

b) spécialiste . . . . . OUI / NON

c) radiologue . . . . . OUI / NON

5. Conséquence de l'accident      Incapacité Totale de Travail      OUI / NON pendant ..... jours
- Incapacité Partielle de Travail      OUI / NON pendant ..... jours
- Incapacité Sportive      OUI / NON pendant ..... jours

6. L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente OUI / NON

7. Peut-on espérer le rétablissement complet OUI / NON

8. Vos constatations ne comportent-elles aucune réserve ou constatation spéciale ? Si oui, lesquelles ? .....

Cachet du Médecin

Délivrée à.....le .....20 .....

Le Médecin,

\* Cette déclaration doit nous parvenir dans les 21 jours calendrier après la date de l'accident.

(Voir déclaration d'accident au verso)

# Déclaration d'accident\*

A REMPLIR PAR LE CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB  
OU LA VICTIME SI CELLE-CI EST ARBITRE

Nom et n° matricule du club (ou n° matricule du  
groupement corporatif ou adhérent) . . . . .  
(en caractères majuscules d'imprimerie)

Nom et prénoms du (de la) blessé(e)  
(en caractères majuscules d'imprimerie)

**N° d'affiliation-URBSFA**

Sa date de naissance  
Son adresse exacte

Le blessé est-il assujéti à l'AMI ou à charge d'un assujéti?  
Est-il en période de stage auprès de sa mutuelle? . . .  
Citez le nom et l'adresse de cette mutuelle . . . . .  
Numéro d'affiliation du blessé après de sa mutuelle .

Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou  
d'un invalide? . . . . .

Est-il **étudiant-employé-ouvrier**...?  
Quelle est sa profession? . . . . .  
Nom et adresse de l'employeur . . . . .  
Est-il assujéti à la Sécurité Sociale en qualité de joueur?  
.....

**Date et heure de l'accident**

Sa fonction (barrer les mentions inutiles)

A) Au cours de quel match officiel ?  
Quelle division et quelle série ? . . . . .

B) Au cours de quel match amical ?

C) Au cours de quel entraînement ? . . . . .

Sur quel terrain ? . . . . .

Circonstances de l'accident ? . . . . .

En cas de coup volontaire, citez le nom et le club du  
responsable, si celui-ci a été exclu par l'arbitre . . . . .

S'il s'agit d'une agression proprement dite, évaluation  
du dommage matériel éventuel . . . . .

Y a-t-il eu procès-verbal ? . . . . .

Par qui a-t-il été dressé ? . . . . .

A la demande de qui ? (nom et adresse) . . . . .

**Si le blessé est arbitre - steward** : n° Compte auquel  
l'indemnité peut éventuellement être versée . . . . .

N° Matricule :

**N°**

Veuillez apposer une vignette "mutuelle" du blessé s.v.p.

...../...../20..... heures

joueur(se), arbitre, entraîneur, steward, bénévole  
ou autres :.....

OUI / NON

n° Compte .....

(Voir l'attestation médicale de constat au verso)

Date .....  
Signature du correspondant du club  
(ou de l'arbitre blessé) :

\* Cette déclaration doit nous parvenir dans les 21 jours calendrier après la date de l'accident.