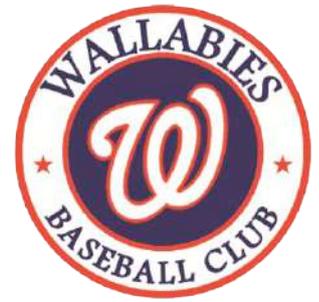


# SAISON 2025

## FORMULAIRE DE PRISE DE LICENCE

### - MAJEUR -



N°affiliation : 9312Z

Création     Renouvellement     Mutation

N° de licence (si déjà licencié) : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS

Civilité :  F     H

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Dépt. : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la mutuelle : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

### LICENCE et TARIFS

- Baseball 18U et Sénior : **150 €**
- Softball : **140 €**
- Officiel\* (arbitre, scoreur, entraîneur) : **30 €**
- Non Praticant Volontaire : **20 €**  
(bénévoles, parents, grands-parents, fratrie, amis...)

*Tarif dégressif pour les familles (parents-enfants) : réduction de 20% à partir de la 3<sup>ème</sup> licence (la moins élevée)*

### \*CONTROLE D'HONORABILITÉ

En tant que dirigeant / encadrant / arbitre / scoreur / intervenant auprès de mineurs à un autre titre, je suis soumis au contrôle d'honorabilité et remets au club mon attestation complétée et signée.

### PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

#### SUIVI MÉDICAL

Je remets au club la copie d'un justificatif d'identité (obligatoire)

**Certificat médical** : Le cas échéant, je remets au club un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du baseball, du softball, du baseball5 et/ou du cricket, en loisir, en compétition et/ou en loisir adapté à la santé (*modèle ci-joint*).

#### OU

**Questionnaire de santé** : Le cas échéant, j'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé (*ci-joint*) et déclare être informé que toute réponse positive impose la production d'un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive (*modèle ci-joint*) daté de moins de 6 mois.

#### ASSURANCES

J'atteste avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative aux garanties Responsabilité Civile et Assistance Rapatriement (*ci-jointe et consultable à tout moment sur le site [www.ffbs.fr](http://www.ffbs.fr)*) dont je bénéficie dans le cadre de ma licence.

J'atteste avoir été informé de mon intérêt à souscrire à des garanties complémentaires couvrant les éventuels dommages corporels que je pourrais subir dans le cadre de ma pratique sportive, et des conditions d'assurance Individuelle Accident offertes par la FFBS (*ci-jointes*).

**Je souhaite souscrire à l'assurance Individuelle Accident de base proposée par la FFBS au tarif de 4 euros TTC.**

Pour adhérer aux garanties facultatives complémentaires, je complète et envoie à l'assureur le bulletin d'adhésion aux garanties complémentaires disponible depuis mon espace personnel E-licence.

#### ENGAGEMENTS

✓ je m'engage à respecter la réglementation fédérale et la charte des Wallabies.

✓ j'autorise le club à transmettre à la FFBS mes données personnelles, dont ma photographie d'identité, pour un traitement conformément à la notice d'information relative à la protection des données personnelles de la FFBS (*ci-jointe*), dont j'ai pris connaissance,

✓ je suis informé que la FFBS, ses organes déconcentrés et clubs affiliés peuvent être amenés à capter mon image à l'occasion de manifestations / compétitions sportives et à l'utiliser dans le cadre de l'information du public du développement des disciplines fédérales (*intérêt légitime et mission de service public de la FFBS*), à des fins non commerciales exclusivement (*notice d'information ci-jointe*).

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du licencié :

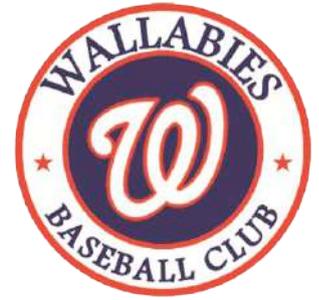


41, rue de Fécamp  
75012 PARIS  
[licences@ffbs.fr](mailto:licences@ffbs.fr)  
[www.ffbs.fr](http://www.ffbs.fr)

# SAISON 2025

## FORMULAIRE DE PRISE DE LICENCE

### - MINEUR -



N°affiliation : 9312Z

Création

Renouvellement

Mutation

N° de licence (si déjà licencié) : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS

Civilité :  F  H

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Dépt. : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse E-mail : \_\_\_\_\_ @

Téléphone : \_\_\_\_\_

Représentant légal :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse E-mail : \_\_\_\_\_ @

Téléphone : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

### LICENCE et TARIFS

Baseball 6U à 15U : **130 €**

Softball : **140 €**

Non Praticant Volontaire : **20 €**

(bénévoles, parents, grands-parents, fratrie, amis...)

Tarif dégressif pour les familles (parents-enfants) : réduction de 20% à partir de la 3<sup>ème</sup> licence (la moins élevée)

### PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

#### SUIVI MÉDICAL

Je remets au club la copie d'un justificatif d'identité de mon enfant âgé de 16 ans ou plus au 31 décembre 2024.

J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé (ci-joint) et déclare être informé que toute réponse positive impose la production d'un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive (modèle ci-joint) daté de moins de 6 mois.

#### ASSURANCES

J'atteste avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative aux garanties Responsabilité Civile et Assistance Rapatriement (ci-jointe et consultable à tout moment sur le site [www.ffbs.fr](http://www.ffbs.fr)) dont je bénéficie dans le cadre de ma licence.

J'atteste avoir été informé de mon intérêt à souscrire à des garanties complémentaires couvrant les éventuels dommages corporels que je pourrais subir dans le cadre de ma pratique sportive, et des conditions d'assurance Individuelle Accident offertes par la FFBS (ci-jointes).

Je souhaite souscrire à l'assurance Individuelle Accident de base proposée par la FFBS au tarif de 4 euros TTC.

Pour adhérer aux garanties facultatives complémentaires, je complète et envoie à l'assureur le bulletin d'adhésion aux garanties complémentaires disponible depuis mon espace personnel E-licence.

#### ENGAGEMENTS

✓ je m'engage à respecter la réglementation fédérale et la charte des Wallabies.

✓ j'autorise le club à transmettre à la FFBS mes données personnelles, dont ma photographie d'identité, pour un traitement conformément à la notice d'information relative à la protection des données personnelles de la FFBS (ci-jointe), dont j'ai pris connaissance,

✓ je suis informé que la FFBS, ses organes déconcentrés et clubs affiliés peuvent être amenés à capter mon image à l'occasion de manifestations / compétitions sportives et à l'utiliser dans le cadre de l'information du public du développement des disciplines fédérales (intérêt légitime et mission de service public de la FFBS), à des fins non commerciales exclusivement (notice d'information ci-jointe).

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du représentant légal :

 <p><b>FFBS</b> FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL &amp; SOFTBALL Tél : 01 44 68 89 30 <a href="mailto:medical@ffbs.fr">medical@ffbs.fr</a> <a href="http://www.ffbs.fr">www.ffbs.fr</a></p>	Formulaire médical 2024/1	<p><i>Adoption :</i> CD 7 juillet 2023</p> <p><i>Entrée en vigueur :</i> 1<sup>er</sup> décembre 2023</p>
	<p><b>CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE</b></p> <p><b>SAISON 2025</b></p>	1 page

Le formulaire ci-dessous constitue un exemple de Certificat médical type d'Absence de Contre-Indication (CACI) à la pratique sportive, ciblant spécifiquement la pratique des disciplines fédérales.

Le certificat doit être établi par un médecin titulaire du Doctorat d'Etat et rempli complètement : signature, n°RPPS et cachet professionnel du praticien obligatoires.

**FFBS - Certificat d'absence de contre-indication à la pratique des disciplines fédérales**

Je soussigné(e) \* .....

Certifie que :

M., Mme (prénom et nom) \* .....

né(e) le \* : / /

ne présente pas de contre-indication, décelable ce jour, à la pratique :

du baseball, du softball, du baseball5 et/ou du cricket,

loisir  
 en compétition  
 loisir adaptée à la santé

(cocher la ou les cases correspondantes)

Fait à ..... Le \* .....

Signature, n°RPPS et cachet professionnel \*

\* Informations obligatoires

 <p><b>FFBS</b> FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL &amp; SOFTBALL</p> <p>Tél : 01 44 68 89 30 medical@ffbs.fr www.ffbs.fr</p>	Formulaire médical 2024/6	<u>Adoption :</u> CD 7 juillet 2023  <u>Entrée en vigueur :</u> 1 <sup>er</sup> décembre 2023
	<p align="center"><b>QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MAJEUR</b></p> <p align="center"><b>SAISON 2025</b></p>	1 page

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\*

	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

 <p><b>FFBS</b> FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL &amp; SOFTBALL</p> <p>Tél : 01 44 68 89 30</p> <p><a href="mailto:medical@ffbs.fr">medical@ffbs.fr</a> <a href="http://www.ffbs.fr">www.ffbs.fr</a></p>	<p>Formulaire médical 2024/6</p>	<p><u>Adoption</u> : CD 7 juillet 2023</p> <p><u>Entrée en vigueur</u> : 1<sup>er</sup> décembre 2023</p>
	<p><b>ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A L'ENSEMBLE DES RUBRIQUES DU QUESTIONNAIRE</b></p> <p>Relatif à l'état de santé du sportif majeur</p> <p><b>SAISON 2025</b></p>	<p>1 page</p>

Lorsque qu'un intéressé a coché de façon négative toutes les cases du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur, il peut se servir de cette attestation lors de son renouvellement annuel de licence, pendant les deux (2) années séparant la production obligatoire d'un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de la discipline sportive concernée.

<p>FFBS – ATTESTATION SUR L'HONNEUR</p> <p>Je soussigné(e) * .....</p> <p>né(e) le * : / /</p> <p>licencié(e) à la Fédération Française de Baseball et Softball sous le numéro : .....</p> <p>Atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur de la Fédération Française de Baseball et Softball.</p> <p>Fait à ..... Le * .....</p> <p>Signature * :</p> <p>* Informations obligatoires</p>
--

 <b>FFBS</b> <small>FÉDÉRATION FRANÇAISE</small> <small>BASEBALL &amp; SOFTBALL</small> Tél : 01 44 68 89 30 <a href="mailto:medical@ffbs.fr">medical@ffbs.fr</a> <a href="http://www.ffbs.fr">www.ffbs.fr</a>	<i>Formulaire médical 2024/7</i>	<u>Adoption :</u> CD 7 juillet 2023
	<b>QUESTIONNAIRE</b> <b>RELATIF A L'ETAT DE SANTE</b> <b>DU SPORTIF MINEUR</b>  <b>SAISON 2025</b>	<u>Entrée en vigueur :</u> 1 <sup>er</sup> décembre 2023
		1 page

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es :  une fille  un garçon      Ton âge :      ans

<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient.**  
**Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**

 <p><b>FFBS</b> FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL &amp; SOFTBALL Tél : 01 44 68 89 30</p> <p><a href="mailto:medical@ffbs.fr">medical@ffbs.fr</a> <a href="http://www.ffbs.fr">www.ffbs.fr</a></p>	<p>Formulaire médical 2024/7</p> <p><b>ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A L'ENSEMBLE DES RUBRIQUES DU QUESTIONNAIRE</b></p> <p>Relatif à l'état de santé du sportif mineur</p> <p><b>SAISON 2025</b></p>	<p><i>Adoption :</i> CD 7 juillet 2023</p> <p><i>Entrée en vigueur :</i> 1<sup>er</sup> décembre 2023</p>
		1 page

Lorsque qu'un intéressé et/ou son représentant légal a coché de façon négative toutes les cases du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur, il peut se servir de cette attestation lors de sa prise initiale ou son renouvellement annuel de licence, pour justifier du respect de ses obligations en matière de suivi médical.

FFBS – ATTESTATION SUR L'HONNEUR	
Je soussigné(e) * .....	
Représentant légal du sportif mineur :	
M., Mme (prénom et nom) * .....	
né(e) le * : / /	
licencié(e) à la Fédération Française de Baseball et Softball sous le numéro : .....	
Atteste qu'il a été répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur de la Fédération Française de Baseball et Softball concernant le sportif mineur que je représente.	
Fait à .....	Le * .....
Signature du représentant légal * :	Signature du sportif mineur :
* Informations obligatoires	

# ATTESTATION

## CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

Article L212-9 du code du sport

J'atteste sur l'honneur :

Exercer des fonctions d'**éducateur sportif bénévole** (article L. 212-1 du code du sport)

Sont considérés comme tels les encadrants bénévoles, à savoir toute personne sollicitant une licence, titulaire ou non d'un diplôme fédéral, qui exerce des fonctions d'entraînement, d'enseignement, d'animation ou d'encadrement d'une activité physique et sportive, à titre principal ou secondaire, de façon habituelle, saisonnière ou occasionnelle, au sein d'un club affilié ou d'une structure fédérale (Comité, Ligue, Fédération). Ex. : entraîneur, animateur.

Exercer des fonctions d'**exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives** (article L. 322-1 du code du sport)

Sont considérés comme tels les dirigeants, à savoir toute personne sollicitant une licence qui exerce des fonctions de direction et/ou d'organisation de la pratique sportive au sein d'un club affilié ou d'une structure fédérale (Comité, Ligue, Fédération). Ex. : membre d'une instance dirigeante (bureau et/ou du comité directeur), manager.

Exercer des fonctions d'**arbitre ou juge** (article L. 223-1 du code du sport)

Sont considérés comme tels les arbitres et/ou scoreurs officiant pendant les rencontres.

**Intervenir auprès de mineurs au sein d'un établissement d'activités physiques et sportives** (article L. 212-9 du code du sport)

Sont considérés comme tels les intervenants auprès de mineurs au sein d'un club affilié ou d'une structure fédérale (Comité, Ligue, Fédération), le cas échéant, à un autre titre. Ex. : accompagnateur, conducteur, soigneur.

Je reconnais que la licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives et/ou d'arbitre et/ou juge et/ou d'intervenant auprès de mineurs au sens des articles L. 212-1, L. 322-1, L. 223-1 et L. 212-9 du code du sport.

À ce titre, j'ai compris que les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération française de baseball et softball aux services de l'État afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité soit effectué au sens de l'article L. 212-9 du code du sport.

Dans l'hypothèse où le contrôle mettrait en évidence une condamnation incompatible avec les fonctions exercées, une notification me sera adressée, ainsi qu'à la fédération et au club au sein duquel j'exerce. Je serai alors dans l'obligation de quitter mes fonctions. A défaut, une sanction pénale pourra être prononcée en application des articles L. 212-10 et L. 322-4 du code du sport.

Femme  Homme

nom d'usage :

nom de naissance (= inscrit sur l'acte de naissance) :

premier prénom (= inscrit sur l'acte de naissance) :

date de naissance :

je suis né.e en France :

département de naissance :

commune de naissance :

je suis né.e à l'étranger :

pays de naissance :

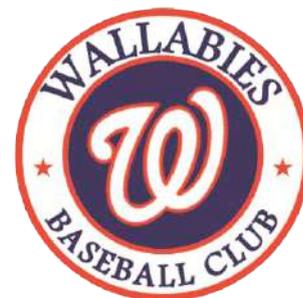
ville de naissance :

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

# SAISON 2025

## CHARTRE DES WALLABIES



N°affiliation : 9312Z

### Les entraineurs et coach s'engagent à :

- Encadrer l'équipe en charge lors des matchs ou tournois amicaux / officiels
- Organiser, en collaboration avec le bureau du Club, les aspects liés aux manifestations dans lesquelles leur équipe est engagée
- Etre l'interlocuteur privilégié des joueurs et parents
- Faire respecter l'éthique sportive et appliquer la politique sportive définie par le club
- Informer les dirigeants de tout événement particulier (blessures...) survenu au sein de l'équipe
- Veiller à la bonne tenue des installations et au respect du matériel mis à disposition par le club
- Assurer les tâches avec régularité et ponctualité
- Suivre les formations demandées par le club

### Les joueurs s'engagent à :

- **Participer avec assiduité aux entraînements et matchs** et à respecter les horaires
- Saluer l'entraîneur et ses partenaires de jeu en début et fin d'entraînement et / ou matchs
- Suivre avec sérieux toutes les consignes de l'entraîneur ou responsable de l'équipe
- Respecter la tenue réglementaire lors des matchs : casquette du club, chaussettes hautes bleues navy, maillot des Wallabies, pantalon blanc
- Accepter toutes les décisions prises par l'entraîneur, l'arbitre ou tout autre membre de l'encadrement
- Respecter les consignes élémentaires de sécurité
- Respecter les joueurs de l'équipe et ceux des équipes adverses
- Avoir de façon générale un comportement irréprochable lors des manifestations sportives avec le club

### Les parents :

- Sont les bienvenus pour participer et faire participer leur enfant à la vie du club
- Dialoguent avec l'entraîneur
- S'engagent à accompagner leur enfant aux matchs autant que possible et en transporter d'autres au moins deux fois par an (il est précisé que le club ne rembourse pas les frais de carburant ou de péage excepté pour les tournois spécifiques et en accord en amont avec le bureau et le coach concerné)
- Vérifient la présence effective de l'entraîneur avant de quitter leur enfant et le récupèrent à l'heure de fin d'entraînement
- Communiquent avec l'entraîneur en cas d'absence aux entraînements (courriel, sms)
- Communiquent avec le coach désigné : disponibilité et surtout absence aux matchs de l'équipe (réponse aux mails des coach ou sms), disponibilité éventuelle pour le transport...
- S'engagent à envoyer leur enfant à chaque match ou entraînement

**Attention : en cas d'absence répétée et sans information complémentaire le joueur est informé qu'il est susceptible de ne pas être convoqué pour les différents matchs, tournois ou compétitions officielles**

## CLUB DE BASEBALL DES WALLABIES

Mairie de Louviers  
CS 10621  
27406 LOUVIERS Cedex

☎ 06.50.48.52.61  
@ cyrilwallabies27@yahoo.fr  
www.wallabies.fr  
facebook.com/wallabieslouviers