



FICHE D'INSCRIPTION

Adhésion : [Nouvelle] [Mutation] [Renouvellement] Catégories : [-14] [-12] [-10] [-08] [-06] (Ø)

Ø : Rayer les mentions inutiles

Coordonnées :

du Joueur

Nom : ..... Prénom : .....

Né le : ..... à : ..... Code postal : .....



Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....



Mobile personnel : ..... Domicile : .....

Taille short :

Pointure chaussettes :

Numéro de licence FFR : .....

du Père, de la Mère ou du tuteur

Nom .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : Mobile : .....

Domicile : .....

Messagerie.....

Numéro de Sécurité sociale :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : Mobile : .....

Domicile : .....

Messagerie : .....

Numéro de Sécurité sociale.....

Autorisations parentales

Je soussigné,

NOM : ..... NOM : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

en ma qualité de : [PERE] [MERE] [TUTEUR] (Ø) en ma qualité de : [PERE] [MERE] [TUTEUR] (Ø)

Ø : Rayer la ou les mentions inutiles.

1 : Pratique du Rugby

autorise le joueur nommé ci-dessus à participer aux différents plateaux et activités du club cité ci-dessus ou de la Fédération Française de Rugby.

J'ai pris connaissance des règlements de la Fédération Française de Rugby et en accepte leur application

2 : Covoiturage

Acceptation de transport d'enfants par un tiers

autorise que le joueur nommé ci-dessus soit transporté à l'occasion des manifestations liées à la vie de ce club dans un véhicule personnel dont le conducteur a été désigné par le club pour la saison mentionnée ci-dessus.

3 : Soins en cas d'accident survenant à un licencié mineur

- autorise tout examen, soins ou intervention chirurgicale nécessaire.
autorise le Représentant du Club à :
demander l'admission en établissement de soins.
reprendre le joueur nommé ci dessus à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du tuteur.
signale que le joueur nommé ci dessus est allergique à :
signale la ou les contre(s) indication(s) médicale(s) suivante(s) :
Autre(s) information(s) :

Autres contacts : Coordonnées d'un voisin ou d'un proche : Coordonnées du Médecin traitant

Nom : ..... Téléphone : ..... Nom : ..... Téléphone : .....

Autorisation d'utilisation d'image

autorise par la présente l'Ecole de Rugby représentée par son Représentant à diffuser sur des documents du club les photographies prises dans le cadre de l'Ecole de Rugby sur lesquelles figure le joueur nommé ci-dessus.

A : IZON le

Signature du Représentant ou des Représentants légaux du joueur nommés ci dessus

Le ou les signataires ajouteront de leurs mains : "Lu et approuvé Bon pour les quatre autorisations ci-dessus"