

Catégories : BABY (2019-2018) **M6** (2017) **M8** (2016 – 2015) **M10** (2014 – 2013) **M12** (2012 – 2011) **M14** (2010 – 2009)

Equipements : TAILLE SHORT : TAILLE MAILLOT : POINTURE CHAUSSETTES :

Comment avez-vous connu notre école de rugby ? :

Pourquoi la notre ? :

Coordonnées du joueur pour une : Inscription / Ré-inscription / Si Mutation N° de licence :

Nom :

Prénom : Si Mutation club précédent :

Né le : à : Code postal :

PERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél portable :Fixe :

Messagerie :

Profession :

MERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél portable :Fixe :

Messagerie :

Profession :

Autorisations parentales : Je soussigné,

En ma qualité de **PERE**

En ma qualité de **MERE**

Pratique du Rugby

➤ Autorise le joueur nommé ci-dessus à participer aux différents plateaux et activités de l'association citée ci-dessus de la Fédération Française de Rugby.

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

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 l'association dans un véhicule personnel dont le conducteur a été désigné par l'association pour la saison mentionnée ci-dessus.

Autorisation d'utilisation d'image

➤ Autorise par la présente l'association représentée par son Représentant à diffuser sur des documents de l'association les photographies et vidéos prises dans le cadre de l'association de Rugby sur lesquelles figure le joueur nommé ci-dessus.

A:..... 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 3 autorisations ci-dessus"

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (Nom, Prénom, Qualité),

.....
en cas d'accident de (Nom, Prénom du Licencié)

.....
autorise par la présente :

- toute intervention chirurgicale **et examens complémentaires nécessaires (examens sous anesthésie générale)** qui serait nécessaire.
- le responsable de l'association, du Comité ou de la FFR :
 - à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à le

Signature du Père

Signature de la Mère

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM :

Prénom :Qualité :

Téléphone (portable et fixe si possible) :

.....
Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Indications médicales :

Allergies alimentaires :

Allergies médicamenteuses :

Autres indications médicales :

N.B : Dans le cas d'autorité parentale conjointe la signature des deux parents est obligatoire.