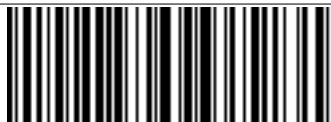


DEMANDE DE RENOUELEMENT

D'AFFILIATION A LA FFR

FFR - 3-5 rue Jean de Montaigu - 91460 Marcoussis



N° de licence : 1992061153943

Club : 4302B / R C AUXERROIS

Date de demande : 20/06/2013

Comité : 3007U / BOURGOGNE

DOSSIER : 2013233596B0

QUALITES A RENOUELER :

Joueur compétition

Les parties en vert
sont à remplir obligatoirement

Nom :

Prenom :

Sexe : **Masculin**

Ces informations sont garantes de votre affiliation à la FFR. Elles doivent être rigoureusement identiques aux justificatifs d'identité. Tout dossier non conforme sera refusé et nécessitera la reprise de la procédure d'affiliation depuis le debut.

Lieu de naissance :

Nationalité : France

Adresse* : 3

FRANCE

Téléphone portable* :

PIECE(S) A JOINDRE

1 photo format identité 3,5 x 4,5 cm ou photo numérique sur l'intranet

LE DEMANDEUR DECLARE PAR LA PRESENTE

- **Accepter** d'être domicilié au siège du club auprès duquel il est rattaché.
- **Accepter** de se soumettre à toutes les décisions ou sanctions qui lui seraient infligées par la FFR ou un Comité Territorial en sa qualité de licenciés à la FFR.
- **Accepter*** que les renseignements figurant sur le présent document soient utilisés par la FFR à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.
- **Etre informé** qu'il possède un droit d'accès et de rectification auprès de la FFR pour les mêmes renseignements (loi informatique et libertés du 6 janvier 1978).

INFORMATIONS RELATIVES AUX ASSURANCES ET AUX PRECAUTIONS A PRENDRE AFIN DE PRATIQUER LE RUGBY

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom et qualité si représentants légaux) :

reconnais avoir été informé(e) par la FFR, par mon Comité Territorial et par mon club :

- 1/ des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.
- 2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure au dos du présent document.
- 3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.
- 4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 3 à 4,5 M€ maximum pour les IPP importantes.

DECLARATION DU LICENCIE OU DE SES REPRESENTANTS LEGAUX POUR LES MINEURS - A recopier manuscritement

1/ Je reconnais avoir lu et pris connaissance des informations figurant au recto et au verso du présent document

Option 1 : "Je décide de souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes"

(Le demandeur doit remplir une demande d'adhésion accompagnée d'un chèque bancaire ou postal à l'ordre de la CGA Rugby d'un montant correspondant au montant de la prime totale due)

OU BIEN

Option 2 : "Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause"

NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS POUR L'ATTESTATION DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Le Comité Médical, sur les recommandations de ses différents experts, a rédigé à votre intention le document "Visite Médicale de Non Contre-Indication à la Pratique du Rugby Aide à la Consultation" que vous pouvez consulter sur le site de la FFR à la rubrique Comité Médical. En cas d'interrogation, vous pouvez joindre le Président de la Commission Médicale de votre Comité Territorial ou un membre du Comité Médical. Leurs coordonnées seront fournies sur demande auprès du secrétariat médical (secretariat.medical@ffr.fr).

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Je soussigné, atteste que **DUPONT Marçal** ne présente aucune contre-indication :

- A la pratique du rugby en compétition
- A la pratique du rugby en compétition aux postes spécifiques de 1ère ligne
- A la pratique de l'arbitrage en compétition

Nombre de cases cochées : 1, 2, 3, 4

* La non contre-indication à la pratique du rugby en compétition valide la non contre-indication à la pratique de l'arbitrage en compétition.

Aucune rature n'est autorisée.

Date

Signature et cachet du praticien

Obligatoirement sur ce document
Pas de certificat medical sur feuille libre

Pour les joueurs de plus de 35 ans, un test d'effort est fortement conseillé

DEMANDE DE VALIDATION

(Dates et signatures)

Par le demandeur

Par le secrétaire du club
(cachet du club)

Par le secrétaire du Comité Territorial
(cachet)

* Le licencié a la possibilité de modifier ses données personnelles par le biais de l'intranet (<http://www.ffr.fr/index.php/intranet>)

**Ce document récapitule les informations fournies au club pour la demande de renouvellement d'affiliation
IL NE PERMET EN AUCUN CAS LA PRATIQUE EN MATCHES**