



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020 - 2021

Photo
Agrafer

Tout dossier incomplet sera refusé

Il faut être licencié pour l'accès aux entraînements et aux tournois/matches

JOUEUR

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Né(e) le : Lieu :
Poids : kg, taille : M
Etablissement scolaire :

A remplir par le RCA

Documents fournis

- Fiche de renseignements
- Certificat médical FFR
- Attestation de soin FFR
- 1 photo
- Carte identité (copie)
- 3 enveloppes autocollantes timbrées libellées au nom et prénom de l'enfant et à votre adresse

Equipement distribué

- Taille
- Short :
- Maillot :
- Chaussette :

Cotisation

- Nombre de chèque :
- Chèque 1 : €
- Chèque 2 : €
- Chèque 3 : €
- Espèces : €

PERE

Nom, prénom :

Adresse si différente :

Tél. domicile :
portable :

Email :

Profession :

Souhaitez-vous participer à la vie du club ?

Oui Non

Si OUI, votre participation sera :

Ponctuelle Permanente

- Organisation tournoi du RCA
- Organisation voyage
- Photos, vidéos
- Autres.....
-

MERE

Nom, prénom :

Adresse si différente :

Tél. domicile :
portable :

Email :

Profession :

Souhaitez-vous participer à la vie du club ?

Oui Non

Si OUI, votre participation sera :

Ponctuelle Permanente

- Organisation tournoi du RCA
- Organisation voyage
- Photos, vidéos
- Autres.....
-



Autorisation de soins en cas d'accident

Je soussigné (e) (nom, prénom, qualité) :

.....

En cas d'accident de (nom, prénom du licencié au RCA) :

.....

N°SS dont le licencié est rattaché

Centre :

Mutuelle :

Votre enfant fait-il des allergies ou a-t-il des contre-indications médicales ? Oui Non

Si OUI, lesquelles :

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale 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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

Nom, prénom : Qualité :

Téléphone (portable et si fixe si possible) :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom, prénom : Téléphone :

Adresse :

Fait le, à Signature (père) Signature (mère)

Autorisation droit à l'image

Je soussigné (e) Madame, Monsieur (nom, prénom, qualité) :

.....

Autorise la publication de l'image de mon enfant (Nom, prénom) :

.....

Sur les différents médias, y compris sur le web par l'intermédiaire du site du club ou de l'école de rugby.

Oui Non

Fait le, à Signature

Autorisation Parentale de transport

Je soussigné, autorise tous les responsables et éducateurs du club ou les autres parents, à transporter mon enfant pour tous les déplacements au cours de la saison 2020-2021, et décharge le conducteur et le propriétaire du véhicule de toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident.

Fait le, à Signature (père) Signature (mère)