



Comité Territorial Alsace de Rugby Comités Départementaux 67/68



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

Prénom :

Club :

N° licence FFR :

Entraîneurs :

Date de naissance :

LIEU:

Taille :

Poids :

Adresse :

CP :

VILLE :

Téléphone personnel (portable):

Téléphone mère :

Téléphone père :

E-mail personnel :

E-mail parents :

Taille t-shirt : XS - S - M - L - XL - 2XL

Taille shorts : XS - S - M - L - XL - 2XL

Etablissement scolaire (nom + ville):

Classe actuelle:

Souhait pour l'année scolaire prochaine 2016/17 (classe, filière, établissement, Pôle espoir, CRR ?) :

Passé rugbystique (depuis combien de temps joues-tu ?, etc.):



Comité Territorial Alsace de Rugby Comités Départementaux 67/68



AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant (nom et prénom du licencié):

→ à être transporté en cas de besoin ou sur votre demande dans le véhicule personnel d'un des dirigeants/éducateurs/salariés du Comité Territoriale Alsace de Rugby et ses comités

départementaux : OUI NON

J'autorise le Comité Territoriale Alsace de Rugby, le CD68 et le CD67 :

→ à utiliser l'image de votre enfant :

OUI NON

sous forme de photo ou de vidéo.

Les usages seront exclusivement sous forme :

- Pédagogique
- D'exposition (par exemple après un tournoi)
- D'une plaquette ou vidéo de présentation ou de promotion
- Pour les sites internet des Comités Départementaux (www.rugby-alsace.com).
- Pour une période indéfinie.

En aucun cas, les images seront utilisées à des fins commerciales.

Nom et prénom des parents :

J'accorde cette autorisation à titre gracieux.

Fait à :

Le :

Pour servir et valoir ce que de droit

Signature et mention « bon pour accord »

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

En cas d'accident de (NOM et Prénom **du licencié**) :

Numéro de sécurité sociale du licencié :

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
 - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

NOM	PRENOM	QUALITE	TEL FIXE	TEL PORTABLE

Nom du médecin traitant :

Son adresse :

Son téléphone :

Antécédents médicaux :

A signaler (allergies, autres) :

Fait à le

Signature (Père / Mère / Représentant légal)

IMPORTANT : cette fiche **complétée et signée** sera remise au Manager de la sélection. Elle fait office pour tous les stages, entraînements et matchs FFR pour la saison 2016/17.