



Rhône Sportif Rugby

Cadres réservés au club

PHOTO
JOUEUR

M

Responsable : Clément LUCAS

Tel : 06 60 36 75 31

@ : rhonesportifedr@yahoo.fr

f: École de Rugby Rhône Sportif

FORMULAIRE D’AFFILIATION POUR LA SAISON 20 . ./20 . .

LE JOUEUR

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F / H

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Ville :

CP :

Téléphone :

Adresse électronique :

Renseignements médicaux (dont le club doit avoir la connaissance) :

SA FAMILLE

Responsable légal

Nom-Prénom :

Adresse :

Ville :

CP :

Téléphone (fixe) :

Téléphone (portable) :

Adresse électronique :

Autre Responsable légal

Nom-Prénom :

Adresse :

Ville :

CP :

Téléphone (fixe) :

Téléphone (portable) :

Adresse électronique :

École De Rugby du Rhône Sportif

18 rue Tranquille - 69100 VILLEURBANNE www.rhone-sportif-rugby.fr

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (Nom-Prénom) père / mère /

tuteur de l'enfant (Nom-Prénom)

Autorise mon enfant à être transporté(e) dans un véhicule personnel ou bus lors de manifestations sportives. (cette année une participation financière, fonction de l'éloignement, sera demandé aux familles n'accompagnant pas leurs enfants).

Autorise la diffusion des photos et/ou vidéo de mon enfant prises dans le cadre des activités du club

Autorise le club à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, anesthésie, interventions chirurgicales) rendu nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Date et Signatures

DOCUMENTS À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION

PAR VOIE NUMERIQUE : MAIL, MMS

à edr@rhone-sporif-rugby.fr ou 06 60 36 75 31



TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ

- **Formulaires ci-joints** : Autorisation de soins en cas d'accident, Formulaire d'affiliation
- **1 PHOTO D'IDENTITÉ**
- **PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITÉ OU DU LIVRET DE FAMILLE**
- **PHOTOCOPIES DE LA CARTE DE SÉCURITÉ SOCIALE + CARTE MUTUELLE**
- **UN MOYEN DE PAIEMENT DE LA COTISATION DE 140€ (PAYABLE EN PLUSIEURS FOIS Espèces ou chèque).**
à fournir à la reprises des entrainements le 30/08/2017

TOUS CES DOCUMENTS PEUVENT NOUS ETRE ENVOYES SOUS FORME DE PHOTOS

Personnalisation des CHASUBLES

Prénom sur le dos :

Taille du Chasubles :

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 :

- 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

Fait à :

Signatures

Le :

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 : _____