

FICHE RENSEIGNEMENT JOUEUR EDR SAISON 2011 / 2012

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de naissance : **Code Postal de naissance** :

Pour les personnes nées à l'étranger le code postal est **99000**

Sexe : Masculin Féminin

Coordonnées :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Domicile : Liste rouge : OUI NON

Portable : Père : Mère : Autre :

Email : (lisible)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné : Monsieur, Madame,

père, mère, tuteur de l'enfant ci-dessus désigné,

- autorise la pratique du rugby au **Marguerittes Rugby Club** et atteste avoir pris connaissance des règlements issus de la fédération française en matière d'assurance
- autorise, en cas d'absence lors d'un déplacement, que mon enfant soit véhiculé par une personne mandatée par le Club (*)
- autorise la publication de photos de mon enfant sur le site du club ou tout autre support publicitaire, dans le respect de la réglementation (*)
- Autorisations CNIL : OUI NON

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la Fédération et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez NON, les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaires

(*) Rayez en cas de refus

Fait à le

LE PERE

LA MERE

LE TUTEUR

DOSSIER A CONSTITUER (à remettre au plus tôt)				<i>Partie réservée au club</i>	
				<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Cotisation annuelle 100€:	Chèque <input type="checkbox"/>	Espèces <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>		
3 Timbres					
Photocopie Carte Identité ou Livret de famille (si nouveau licencié)					
2 Photos d'identité					
AS dûment remplie, signée et tamponnée par le médecin					

Tournez SVP → → →

**AUTORISATION DE SOINS 2011 / 2012
EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIÉ MINEUR**

Joueur mineur : Nom.....Prénom

Club : **M.R.C** (Marguerittes Rugby Club)

Date de naissance :..... à.....

Adresse :

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'école de Rugby fera appel :

- Soit au médecin du club
- Soit à votre Médecin Traitant
- Soit au SAMU ou Pompiers

Et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :

- Numéro de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

Père : Tél

Mère : Tél

Responsable légal : Tél

- Numéro de téléphone de voisin ou ami ou famille :

NOM : Tél :

NOM : Tél :

- Médecin Traitant : Docteur..... Tél :

- Etablissement de soins choisi *

HOPITAL

CLINIQUE

** Ce choix sera bien sûr respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de l'enfant ou de l'adolescent.*

DIVERS : allergies, groupe sanguin ou informations nécessaires à connaître pour le club.

Je soussigné : **Monsieur**

Madame

Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire

Autorise le responsable du club :

- à demander l'admission en établissement de soins
- à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Date **Signature** du Père, de la Mère ou du Responsable légal