

INSCRIPTIONS M6 – M8 – M10 – M12 – M14



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Joueur :

Nom : Prénom :

Date de Naissance:/...../..... Ville et code postal de naissance.....

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

Sexe : Masculin Féminin

Numéro sécurité sociale : régime de sécurité sociale :

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 début.

Taille : Short: Chaussettes: Haut:

Coordonnées :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Pays :

Responsables légaux : entourer le nom de la personne à prévenir en priorité

Père : Nom :

Mère : Nom

Prénom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

Profession :

Profession :

Adresse (si différente du Joueur)

Adresse (si différente du Joueur)

Mail :

Mail :

Informations complémentaires :

Allergies connues :

Médecin traitant :

Règlement : 160€

Espèces Chèque : 1 2 3 + Adopte un joueur :

Attestation de paiement

Autorisation de publier ma photo sur le site du club et autres supports de communication: OUI NON

DATE :

SIGNATURE :

Rugby Entente Est Lyonnais XV – Route de Villette – 69330 PUSIGNAN

Courriel : info@reelxv.com – Site Internet : www.reelxv.com –

Responsable administratif EDR : Florence CASSADO 06.22.78.10.15 – florence.cassado@yahoo.com

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 : _____