



A REMPLIR UNIQUEMENT EN LETTRES MAJUSCULES (4 pages)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ECOLE DE RUGBY

**SAISON 2020 - 2021**

### Coordonnées de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de Naissance : ..... Sexe : Masculin  Féminin   
Lieu de naissance : ..... Code Postal de naissance : .....  
Pour les personnes nées à l'étranger le code postal est 99000  
N° Sécurité Sociale : ..... **Obligatoire**

**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.**

### Coordonnées des personnes responsables de l'enfant :

#### Coordonnées de la mère :

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : ..... Liste rouge : OUI  NON   
Portable : ..... Tél. Travail : .....  
Email : ..... **Obligatoire**  
Profession et Coordonnées de l'Employeur (Nom et tél) : .....  
.....

#### Coordonnées du père :

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : ..... Liste rouge : OUI  NON   
Portable : ..... Tél. Travail : .....  
Email : ..... **Obligatoire**  
Profession et Coordonnées de l'Employeur (Nom et tél) : .....  
.....





**FICHE MEDICALE ET AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT**  
**SAISON 2020 - 2021**

En cas d'accident de (NOM, prénom du licencié) :

.....

Je soussigné(e) (NOM – prénom - qualité),

.....

**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 : .....

Prénom : ..... Qualité : .....

Téléphone (portable et fixe si possible) : .....

**Coordonnées du médecin traitant :**

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Groupe sanguin (si connu) : .....

Port de lentilles de vue : OUI  NON

Allergies connues : .....

Divers : .....

***Signature des parents (précédé de la mention «Lu et approuvé »)***

**PERE**

**MERE**

**Contact ECOLE DE RUGBY : Nathalie PETORIN ☎ 06 64 77 91 10 ou Jean-Pierre DUBOUIL ☎ 06 86 30 85 21**

**R.C.V. - Siège Social : Stade Trigan – 41 Chemin de Couhins - BP 15 - 33140 VILLENAVE D'ORNON**

**☎ 05 56 87 22 71 Courriel : [rugbyclubvillenavais.er@gmail.com](mailto:rugbyclubvillenavais.er@gmail.com)**



**AUTORISATION DE PUBLICATION  
de photographies d'enfants mineurs  
sur le site internet du Rugby Club Villenavais**

À l'occasion des saisons rugbystiques, votre enfant a été ou sera photographié ou filmé et nous souhaitons faire figurer ces photos ou vidéos sur notre site internet.

Ces photographies ne seront accompagnées d'aucune information susceptible de rendre identifiables votre enfant et votre famille, dont le nom ne sera pas mentionné. Les légendes accompagnant la (ou les) photographie(s) ou vidéo(s) ne porteront pas atteinte à la réputation de votre enfant ou à sa vie privée.

Nous vous remercions de nous confirmer votre approbation sur l'utilisation de ces photographies ou vidéos dans les conditions précisées ci-dessus, en nous renvoyant cette autorisation datée et signée.

**En cas de refus de votre part, la photo de votre enfant sera publiée mais son visage sera flouté ou pixelisées avec un logiciel de retouches d'images de manière à rendre son identification impossible.**

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Qualité : Père  Mère  Tuteur de l'enfant

**Autorise la publication**

- des photos où vidéos où apparaît mon enfant (jeune joueur)
- pour une durée de 1 à 10 années sportives
- sur le site Internet du Rugby Club Villenavais.
- et sur tout autre support de communication (affiches-calendriers-presse-web etc...)

**N'autorise pas la publication de la photographie ou vidéo de mon enfant.**

**IDENTITE DE L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

À ..... le .....

Signature du responsable légal :

**Contact ECOLE DE RUGBY : Nathalie PETORIN ☎ 06 64 77 91 10 ou Jean-Pierre DUBOUIL ☎ 06 86 30 85 21**

**R.C.V. - Siège Social : Stade Trigan – 41 Chemin de Couhins - BP 15 - 33140 VILLENAVE D'ORNON**

**☎ 05 56 87 22 71 Courriel : [rugbyclubvillenavais.er@gmail.com](mailto:rugbyclubvillenavais.er@gmail.com)**