

SAP ECOLE DE RUGBY



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Saison 2016 / 2017

NOM :

Prénom

Photo  
à  
coller

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Code postal lieu de naissance :

Sexe :

Masculin

Féminin

Nom du père :

Profession :

Portable père :

Mail père :

Nom de la mère :

Profession :

Portable Mère :

Mail mère :

N° Sécurité sociale de l'assuré :

Adresse de l'enfant :

Autorisation CNIL (autorisation prise de photos et diffusion) :  OUI  NON

Établissement scolaire fréquenté :

Classe suivie :

Santé : Allergie particulière (médicaments, animaux, etc.) :

Autre(s) activité(s) pratiquée(s) cette saison en plus du rugby :

**CHARTRE DU JEUNE RUGBYMAN A CONSULTER AU CLUB OU SUR NOTRE SITE**

## 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 :
  - A prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissements de soins
  - A reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Date et Signature

### Informations complémentaires

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 :

## Autorisation Transport

J'autorise mon enfant  
déplacements par un parent

à être véhiculé (e) lors des

Je peux me rendre disponible pour emmener des enfants lors d'un tournoi  Oui  Non