



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(pour déclaration d'accident sportif ou autres)



## INFORMATION LICENCIÉ

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance** .....

**Sexe** .....

**Lieu de naissance** .....

**Code postal de naissance** .....

**Nationalité** .....

**Régime de prévoyance** .....

(sécurité sociale ou autre organisme)

**N° de sécurité sociale** .....

**Mutuelle** .....

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.

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté : .....

L'enfant pratique-t-il un second sport ?  Oui  Non

Si oui **quel sport sera prioritaire le samedi** ? .....

## ADRESSE LICENCIÉ

**Etage / Escalier / Appt** .....

**Immeuble / Bat / résidence** .....

**Numéro et libellé de voie** .....

**Lieu-dit ou boîte postale** .....

**Code postal** .....

**Localité** .....

## INFORMATION TUTEURS LEGAUX

	Tuteur légal 1	Tuteur légal 2
<b>Nom</b>	.....	.....
<b>Prénom</b>	.....	.....
<b>Qualité</b>	.....	.....
<b>Téléphone professionnel</b>	.....	.....
<b>Téléphone portable</b>	.....	.....
<b>Téléphone domicile</b>	.....	.....
<b>Liste rouge</b>	.....	.....
<b>Email</b>	.....	.....

**Autorisation 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.

**Autorisation de publication de photo(s) sur le site internet**  Oui  Non  
**ou pour les produits de la boutique du club :**

**Autorisation de distribution de l'adresse mail aux partenaires :**  Oui  Non

**INFORMATIONS MEDICALES CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non

Médicamenteuses :  Oui  Non

Autres : .....

Si oui, merci de nous préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le préciser)

.....  
.....  
.....

**INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES**

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé que vous souhaiteriez porter à l'attention des éducateurs ou responsables de catégories

.....  
.....

**NOM ET COORDONNES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT**

NOM .....

ADRESSE .....

TELEPHONE .....

**AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

	Contact 1	Contact 2
Nom, Prénom	.....	.....
Qualité	.....	.....
Téléphone	.....	.....

**ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL**

Je soussigné,....., représentant légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable de l'association, du comité ou de la F.F.R, ou les éducateurs de la catégorie de mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature



# ECOLE DE RUGBY US CANTON DE St-LYS – US Ste-FOY



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) Madame, Monsieur

.....

Autorise mon fils / ma fille : .....

A jouer à l'école de rugby de l'US Canton de St-Lys – US Ste-Foy

J'ai pris connaissance des règlements de la Fédération française de Rugby et en accepte leur application.

Fait à .....

Le .....

Signature

---

Je soussigné (e) Madame, Monsieur

.....

Autorise mon fils  
.....

A être transporté par un responsable ou une autre personne désignée par le club hors des déplacements et dégage ces mêmes personnes de toute responsabilité.

Fait à .....

Le .....

Signature



**ECOLE DE RUGBY  
US CANTON DE St-LYS – US Ste-FOY**



**AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX ENTRAINEMENTS  
ATTENTE D’AFFILIATION A LA FFR**

Je soussigné (e) Madame, Monsieur

.....

Autorise mon fils (ma fille)

.....

A participer aux entrainements en attendant son affiliation à la FFR et dégage l'école de rugby de l'US Canton de St-Lys – US Ste-Foy de toute responsabilité.

Fait à : .....

Le : .....

Signature



# FICHE EQUIPEMENT



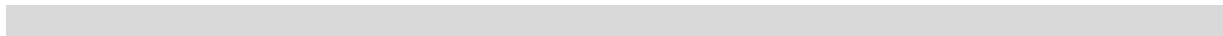
**CATEGORIE :**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date naissance :** .....

<b><u>Taille short</u></b>	
<b><u>Taille chaussettes</u></b>	
<b><u>Taille maillot</u></b>	



## 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 :

Le :

Signatures

### 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 :

---