



INSCRIPTION Rugby Club Saison 20 .. / 20 ..

Merci de compléter UNE fiche par enfant en lettres capitales



Photo

Date d'inscription :

Rugby Club MSM
Complexe Sportif de La Rabine
21 Chemin des Loges
44270 Machecoul Saint-Même
rugbymsm44@outlook.fr

Nouvelle inscription Renouvellement inscription

Licence Baby-Rugby : 100€

Licence annuelle M6 à M14 : 150€ (Comprends : Assurances FFR, short, chaussettes) **Joindre ATTESTATION Médicale** (Certificat médical FFR → page 5)

Règlement : Parent 1 Espèces (montant total) Parent 2 Espèces (montant total)
 Chèque(s) (2ou3 fois) Chèque(s) (2ou3 fois)
 Pass' sport Pass' sport

IDENTITE DE L'ENFANT ET COORDONNEES DES PARENTS

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : M / F Joindre une copie de la carte d'identité **ou** Extrait du livret de famille

Scolarité :

Etablissement : Classe :

Adresse de l'établissement :

Dotations :

Taille :cm Poids :Kg Pointure : Taille Vêtements :

Adresse des parents (nom, prénom, numéro, rue, CP, ville) :

.....
.....

Parent 1 - Téléphone :

Adresse mail :
(Pour recevoir les communications du Club)

Parent 2 - Téléphone :

Adresse mail :
(Pour recevoir les communications du Club)



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : (CP :)
Groupe Sanguin : Allergie et/ou Traitements :
.....
.....
.....
Adresse des parents :
.....
.....
CP : Commune :

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le Responsable fera appel soit au SAMU, soit aux POMPIERS et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci de renseigner les numéros de téléphones où vous pouvez être joints rapidement :

Père : Portable Perso Domicile :

Autres Téléphone (Précisez)

Mère : Portable Perso Domicile :

Autres Téléphone (Précisez)

Beau-Père : Portable Perso Domicile :

Autres Téléphone (Précisez)

Belle-mère : Portable Perso Domicile :

Autres Téléphone (Précisez)

Responsable Légal : Portable Perso Domicile :

Autres Téléphone (Précisez)

Médecin Traitant

Nom : Prénom : Lieu : Tél :

Etablissement de soins choisis :

HOPITAL :

CLINIQUE :

Je soussigné(s) : Monsieur et/ou, **Madame**

Autorise : Tout examens, soins, interventions chirurgicales nécessaires.

Autorise le Responsable de CLUB :

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

Date :/...../.....

Signature du Responsable légal
(Nom et Prénom manuscrits)



AUTORISATION « Droit à l'image »

Madame, Monsieur,

Dans le cadre des programmes d'entraînements et des compétitions dans lesquels vous participez, nous ferons appel à l'utilisation de la photographie et/ou de la vidéo.

En référence à la loi protégeant la vie privée, l'association doit vous demander une autorisation préalable à la prise de vues.

L'association du Club de Rugby de Machecoul Saint-Même s'engage :

- A n'utiliser les images réalisées que dans le cadre des ses entraînements et des compétitions dont vous trouverez le détail ci-dessous.
- A ce que les images ne fassent pas l'objet d'aucunes exploitations commerciales, conformément à la loi, vous pourrez avoir accès à l'ensemble des images et juger nécessaire, (**Demande à formuler par écrit auprès du Président du Club**).

Fait à **Machecoul Saint-Même**

Signature :

Le

Descriptif du projet

Intitulé du projet pédagogique : Initiation à la pratique du Rugby

Initiateurs du projet : Educateurs diplômés de l'Association

Organisme responsable : Association Rugby Club de Machecoul Saint-Même

Nature des images : Photographies / Vidéos

Diffusion des images :

Les images seront utilisées sous le contrôle et la responsabilité de l'association

- Auprès du public dans le cadre d'une exposition/calendrier, bulletins, reportages sportifs Club
- Auprès du public dans le cadre du site internet de l'association du Rugby Club de Machecoul Saint-Même.

Autorisation parentale pour les joueurs et joueuses mineurs(es)

Je soussigné(e), agissant en tant que représentant légal, autorise mon enfant à apparaître sur les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre du projet décrit ci-dessus dont j'accepte les modalités représentées. Je reconnais donner cette autorisation dans le but pédagogique, éducatif et culturel que mon enfant pourra trouver dans cette activité et de mon intérêt à en voir la trace.

Fait à Machecoul Saint-Même

Le

Signature du Responsable légal

(Nom et Prénom manuscrits)



CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Rappel : La version originale de ce certificat est à remettre à l'association dans laquelle vous sollicitez une licence pour la saison **20.. /20..** . Une version scannée du certificat est à déposer sur le site www.ovale2.ffr.fr, au stade de l'étape 4 du formulaire dématérialisé de demande de licence

Note à l'attention des médecins :

Le Comité Médical de la FFR a rédigé le document « *Visite médicale de non contre-indication à la pratique du rugby / Aide à la consultation* » que peut être consulté sur le site www.ffr.fr à la rubrique : **JOUER AU RUGBY / INFORMATIONS MEDICALES**.

Je soussigné(e),

Nom, prénom : _____ Téléphone : _____

Titre et qualification : _____

Adresse : _____

atteste que _____, né(e) le _____

ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby en compétition, <u>y compris aux postes de 1^{ère} ligne</u>
<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby en compétition, <u>sauf aux postes de 1^{ère} ligne</u>
<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby <u>avec plaquage adapté</u> , hors compétition (loisir)
<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby <u>sans plaquage</u> (rugby à 5 et <i>beach</i> rugby), en compétition et hors compétition (loisir) : <input type="checkbox"/> <i>Beach Rugby</i> <input type="checkbox"/> Rugby à 5 – option « Loisir / Bien-être » <input type="checkbox"/> Rugby à 5 – option « Santé » (sport sur ordonnance)
<input type="checkbox"/>	A la pratique du rugby éducatif (garçons de moins de 14 ans et filles de moins de 15 ans)
<input type="checkbox"/>	A la pratique de l'arbitrage en compétition
<input type="checkbox"/>	Pour encadrer (éducateur, entraîneur, préparateur physique)

N.B. : tout certificat médical établissant une absence de contre-indication à la pratique du rugby en compétition vaut établissement d'une absence de contre-indication à la pratique du rugby loisir, de l'arbitrage en compétition et pour entraîner.

Le présent certificat a été établi à la demande du patient (ou de son représentant légal) et lui a été remis en main propre.

Aucune rature n'est autorisée.

Date : _____

Signature et cachet obligatoires du praticien :