



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2014-2015

Catégorie :

Taille short (*):

XS	S	M	L	XL	XXL
----	---	---	---	----	-----

Taille chaussettes (*):

27/30	31/34	35/38	39/42	43/46
-------	-------	-------	-------	-------

Règlement licence (*):

	Chèque	
	N° chèque	
	Bons	
	Montant	
	Espèces	

Prénom :

Nom :

Adresse :

Né(e) le :

à :

Code Postal :

domicile:

Portable :

Liste rouge

Email :

Etablissement scolaire : -----

Pratique-t-il le rugby à l'école (*): OUI NON

Pass Rugby : OUI NON

N° sécurité sociale auquel est attaché l'enfant: -----

Mutuelle : -----

Adresse : -----

N° sociétaire :

CONCERNANT LES PARENTS POUR L'ENFANT MINEUR

Père :

Prénom et Nom : -----

Adresse (si différente) : -----

: ----- Liste rouge : -----

@ : -----

Profession : -----

Mère :

Prénom et Nom : -----

Adresse (si différente) : -----

: ----- Liste rouge : -----

@ : -----

Profession : -----

Autres personnes à joindre en cas de nécessité :

Nom : ----- Prénom : ----- Qualité : ----- : -----

Nom : ----- Prénom : ----- Qualité : ----- : -----

(*) : cocher la case correspondante



AUTORISATIONS

Autorisation de soins

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable présent fera appel aux services d'urgence POMPIERS ou SAMU, et vous préviendra le plus rapidement possible.

Fiche indispensable pour toute admission dans un établissement de soins

Je soussigné (Nom, prénom, qualité) :

En cas d'accident de :

Autorise par la présente :

- ✓ Tout examen, soin 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 établissement de soins (votre choix sera bien sûr respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état et avec le lieu des rencontres),
 - A reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Fait à Montargis, le

Signature du père, de la mère, ou du responsable légal :

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom :

☎ :

Contre indication /allergie :

Autres remarques :

Droit à l'image

J'autorise l'USM Montargis Rugby à utiliser l'image de mon enfant mineur sur tout support connu ou inconnu (Presse, Internet, brochure, etc.) dans le cadre de la communication et la promotion des activités du club.

Fait à Montargis, le

Signature :

L'USM Montargis Rugby s'interdit expressément de procéder à une exploitation visant à porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les prises de vues ou photographies dans tous supports à caractère pornographique, xénophobe, raciste ou toute autre exploitation préjudiciable.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

N'oubliez pas que les renseignements demandés ne sont pas fait pour vous ennuyer mais dans le souci du bien de votre enfant. Une adresse ou un numéro erroné nous empêchera de vous contacter en toutes circonstances.

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

.....

.....