



Ecole De Rugby de St Orens

DOSSIER D'INSCRIPTION SAISON 2018 - 2019

ADHERENT

NOM	PRENOM
DATE DE NAISSANCE	SEXE <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FEMININ
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE

RESPONSABLES LEGAUX

NOM	PRENOM
TELEPHONE	EMAIL

NOM	PRENOM
TELEPHONE	EMAIL

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM	PRENOM	TELEPHONE
NOM	PRENOM	TELEPHONE

AUTORISATION DE PRISE DE VUE - DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre le pratique du rugby et des activités associées, je soussigné (représentant légal) : (*)

NOM PRENOM

Autorisation de prise de vue :

- autorise l'EDR St Orens XV à photographier ou filmer mon enfant dans le contexte exposé ci-dessus.
- refuse que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre de cette activité. *(Dans le cas de photos, le visage de votre enfant sera rendu flou de manière à le rendre impossible à identifier)*

Autorisation de reproduction et de diffusion :

- autorise à titre gracieux l'EDR St Orens XV à reproduire et diffuser les images (photographie ou vidéo) de mon enfant dans le contexte exposé ci-dessus.
- n'autorise pas l'EDR St Orens XV à reproduire et diffuser les images (photographie ou vidéo) de mon enfant dans le contexte exposé ci-dessus.

AUTORISATION DE TRANSPORT

Dans le cadre le pratique du rugby et des activités associées, je soussigné (représentant légal) : (*)

NOM PRENOM

autorise n'autorise pas
mon enfant à être transporté en voiture particulière ou en car lors des déplacements sportifs.

La responsabilité du club n'est engagée qu'à partir du moment où les parents ou représentants légaux ont confié l'enfant à l'éducateur ou à l'animateur responsable, sur les lieux d'entraînement ou sur le lieu de rendez-vous fixé sur la convocation lors des compétitions.

Fait à, le
Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

(*) cocher les cases utiles

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 :

Signatures

Le :

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 : _____