



RUGBY CLUB SÉNONAIS

ÉCOLE DE RUGBY

SAISON 2017 / 2018



FICHE DE LIAISON ENTRE LE CLUB ET LA FAMILLE DE L'ENFANT MINEUR

Nom - Prénom _____

Date de Naissance _____ Lieu de Naissance avec Code Postal _____

Adresse _____

Portable joueur : _____ Établissement Scolaire : _____

Mère	Père
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Portable : _____	Portable : _____
Tel Fixe : _____	Tel Fixe : _____
n° Travail _____	n° Travail _____
Nom de Societé _____	Nom de Societé _____
E-mail : _____	E-mail : _____
_____	_____

PARTIE AUTORISATION

Je soussigné (e) (Nom, Prénom, Qualité) : _____

Autorise mon enfant

- A pratiquer le Rugby compétition au sein du club et / ou d'une sélection départemental de sa catégorie d'âge.
- A être conduit sur les lieux de rencontres sportives par un bus affrété à ce but par le club ou le Comité départementale ou par un véhicule conduit par un éducateur, un dirigeant ou un parent accompagnateur.

Autorise à titre gracieux le(s) responsable(s) de l'activité Rugby, à utiliser l'image sonorisé ou non / le nom /

les propos / les écrits de mon enfant , dans le cadre :

- D'une publication : Presse / Affichage / Exposition / Site Web ayant pour sujet l'activité du Rugby.
- D'un document "Vidéo" : Vidéogramme / Programme / Formation ayant pour sujet l'activité du Rugby.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

N° de Sécurité Sociale par lequel l'enfant est couvert : _____

Si Mutuelle Nom et N° de contrat : _____

Allergies : Oui - Non Si oui précision : _____

Autres Informations : _____

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Remplir le document de la FFR et le rendre.

Fait à _____ Le _____

Signature du représentant légal