

FONTENAY LUCON RUGBY SUD VENDEE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Saison : _____ Catégorie : _____

JOUEUR

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Né(e) le : _ / _ / _ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone portable : _____ E-mail : _____

Etablissement scolaire : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

<p>Père :</p> <p>Nom Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Ville : _____</p> <p>Téléphone domicile : _____</p> <p>Téléphone professionnel : _____</p> <p>Téléphone portable : _____</p> <p>Courriel : _____</p> <p>Profession : _____</p>	<p>Mère :</p> <p>Nom Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : _____ Ville : _____</p> <p>Téléphone domicile : _____</p> <p>Téléphone professionnel : _____</p> <p>Téléphone portable : _____</p> <p>Courriel : _____</p> <p>Profession : _____</p>
---	---

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

INFORMATIONS

N° Sécurité sociale du responsable du mineur : _____

Date DT POLIO : _____

Taille : _____ Poids : _____

Taille vêtements Haut : _____ Bas : _____

MEDECIN TRAITANT

NOM : _____ Tél. : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Problème de santé connu : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance: _____ Numéro de police d'assurance : _____

AUTORISATIONS

- J'autorise tout examen, soin ou intervention nécessaire.
- J'autorise le responsable de l'association, du comité, de la FFR, à demander l'admission en établissement de soin, à reprendre le mineur à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité des parents ou du responsable légal du mineur.
- J'autorise la communication de mon adresse à des fins commerciales, associatives ou humanitaires
- J'autorise que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités rugby.

Date : _____ Signature de la mère : _____ Signature du père : _____ autre représentant légal : _____