



**FICHE de RENSEIGNEMENTS**

**Club et Comité Départemental**

Catégorie :

**M**

**Coordonnées du joueur (1)**

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... N° de S. S. : .....  
N° : ..... rue .....  
Code postal : ..... Ville : .....

Club d'appartenance : ..... Numéro de licence : .....

**Coordonnées du père**

NOM : ..... Prénom : .....  
N° : ..... rue .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Portable : .....  
Mail : .....

**Coordonnées de la mère**

NOM : ..... Prénom : .....  
N° : ..... rue .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Portable : .....  
Mail : .....

**Coordonnées d'un proche ou d'un voisin** (En cas d'indisponibilité des parents)

NOM : ..... Prénom : .....  
Portable : .....

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné, NOM : ..... Prénom : .....  
en ma qualité de : **PÈRE** **MÈRE** **TUTEUR** ☉ P.S. : ☉ : Rayer les mentions inutiles

Autorise (1) NOM : ..... Prénom : .....

à participer aux entraînements, rencontres et autres manifestations du Club et du Comité Départemental de Rugby de la Gironde  
J'ai pris connaissance des règlements de la Fédération Française de Rugby et en accepte leur application.

**AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE**

J'autorise le club ou le Comité Départemental de Rugby de la Gironde à diffuser sur des documents du club ou du Comité les photographies prises dans le cadre des manifestations sportives organisées par eux.

**AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT  
SURVENANT A UN LICENCIÉ MINEUR**

En cas d'accident, j'autorise le représentant du Club ou de la sélection du Comité Départemental de Rugby de la Gironde à prendre toutes les dispositions nécessaires.

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le Représentant du Club et, ou du Comité fera appel :

- 1. soit au Médecin de la Sélection,
- 2. soit au SAMU,

et il vous préviendra le plus rapidement possible.

J'autorise tout examen, soins ou intervention chirurgicale nécessaire.

J'autorise le Représentant du Club ou de la sélection du Comité à :  
♦ demander l'admission en établissement de soins.  
♦ reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Je signale que mon enfant est allergique à : .....

Je signale la ou les contre(s) indication(s) médicale(s) suivante(s) : .....

Autre(s) information(s) : .....

Fait le ..... à .....

Signature du Père, de la Mère ou du Responsable légal précédé de la mention "Lu et approuvé"

PS : Merci de joindre à cette fiche les photocopies des documents suivants  
➔ L'attestation de la sécurité sociale ➔ la carte de votre mutuelle ➔ la licence FFR (à demander au club)