



Dossier d'inscription Ecole De Rugby

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Saison 2019/2020



Cotisation :

- 50€ pour les -6 ans
- 110€ pour les autres catégories -8 ans, -10 ans, -12 ans et -14 ans (*possibilité de payer en espèces, en chèque, avec des coupons CAF, ANCV loisirs, en plusieurs fois*)
- 130€ pour les -18 ans Féminines

Coordonnées du Joueur licencié

Nom : _____ Prénoms : _____

Né le ___ / ___ / _____ à _____ code postal : _____

Pour vous contacter (infos tournoi)

Adresse mail : _____ @ _____

Numéro de Portable : _____ et _____

Merci de m'indiquer le ou les numéros sur les lesquels vous souhaitez recevoir les informations de l'Ecole (convocation aux tournois, modifications d'horaires etc...) notamment pour les parents séparés.

Coordonnées des Parents

Responsable légal :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Téléphone professionnel : _____

L'autre parent :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente de l'autre parent) : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Autorisation internet

Je, soussigné(e) _____ autorise ou n'autorise pas

Le Rugby Epernay Champagne à mettre des photos de mon enfant sur le site internet du club ou tout autre support ayant trait à cette activité.

Signature :

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 :

Le :

Signature :

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 : _____