



FICHE DE RENSEIGNEMENT EDR 2018/2019

NOM (en majuscules) de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Lieu de naissance : _____ **Code postal de naissance** : _____
Pour les personnes nées à l'étranger le code postal est 99000

N° Sécurité Sociale : _____

Sexe : Masculin / Féminin

Ces informations sont garantes de votre affiliation à la FFR. Elles doivent être rigoureusement identiques aux justificatifs d'identité. Tout dossier non conforme sera refusé et nécessitera la reprise de la procédure d'affiliation depuis le début.

Coordonnées :

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphones :

Mère : Nom : _____ Prénom : _____

 Domicile : _____ Liste rouge : Oui Non

 Portable : _____

Adresse e-mail : _____
(Indispensable pour communiquer les différentes informations)

Père : Nom : _____ Prénom : _____

 Domicile : _____ Liste rouge : Oui Non

 Portable : _____

Adresse e-mail : _____
(Indispensable pour communiquer les différentes informations)



AUTORISATION PARENTALE EDR 2018/2019

Je soussigné(e) (**Nom, Prénom**, qualité) : _____

✚ **Autorise** mon fils, ma fille (**Nom, Prénom**) : _____

- à pratiquer l'**Activité Sportive Rugby** au sein de l'Ecole de Rugby Inthalatz Larressore pour la saison 2018/2019.
- à participer aux compétitions et activités annexes organisées par l'ERIL et à être transporté éventuellement en véhicule personnel par les éducateurs, dirigeants et/ou parents accompagnateurs.

✚ **Déclare** avoir pris connaissance de la **CHARTRE** de l'Ecole de Rugby Inthalatz Larressore, du **REGLEMENT INTERIEUR** et en accepter le contenu

✚ **Accepte** dans le cadre du droit à l'image que la photo de mon enfant figure sur un calendrier ou sur tous supports, en tous formats (presse, internet, film documentaire pour une diffusion télévisée...) Oui / Non

✚ **Accepte** dans le cadre des autorisations de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) que les informations recueillies puissent être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaires. Oui / Non

*Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la Fédération et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez **NON**, les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.*

✚ **Autorise** en cas d'**accident** de mon fils, ma fille :

(**Nom, Prénom**) : _____

- 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.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES pour AUTORISATION DE SOINS en cas d'ACCIDENT

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____ Prénom : _____ Qualité : _____

☎ Portable : _____ Fixe : _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM : _____ Prénom : _____

☎ (Portable et Fixe si possible) : _____



Fait à : _____

Le : _____

Signature précédée de la mention
« **Bon pour accord** »



Renseignements Médicaux Concernant L'Enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, merci de préciser les médicaments correspondants :

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Alimentaires :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses :	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Autres :	<hr/>			

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

Merci de nous fournir le Protocole du Médecin

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

