 ANNEE SPORTIVE 2017-2018

NOM……………………………………….

PRENOM…………………………………………..

NE(E) LE …………………... A……………………………

CATEGORIE ECOLE DE RUGBY (Entourer)

M6 M8 M10 M12 M14 M16 M18

Pièces à remettre au VRC

* Fiche de renseignements
* Fiche d’autorisations diverses (soins….)
* 2 photos
* Photocopie recto/verso de la CNI, passeport ou livret de famille

Suite à la remise de votre dossier COMPLET, la fiche de demande ou de renouvellement d’affiliation à la FFR vous sera fournie et sera à faire signer par votre médecin pour que votre enfant soit licencié.

ATTENTION : le joueur n’est assuré qu’après enregistrement du dossier par la FFR. Merci de retourner le dossier le plus tôt possible.

Chers parents,

Votre enfant est licencié au VITROLLES RUGBY CLUB.

C’est un club à l’esprit familial favorable à la pratique d’un rugby éducatif.

A la compétition, nous préférons l’apprentissage du dépassement de soi.

A ce titre, une conduite exemplaire est requise pour tout adulte du club envers les enfants, les adversaires, les arbitres, les dirigeants, les éducateurs…Toute remise en cause du statut, des compétences, et à fortiori de la dignité des uns et des autres ne saurait être acceptée. S’engager avec assiduité garantit la cohérence qui fonde notre sport, le VRC, les efforts collectifs, les efforts de chacun. Enfin, les doléances qui visent à faire progresser le club et le vivre-ensemble sont toujours pris en compte et ouvertement discutées.

AUTORISATIONS DIVERSES

|  |
| --- |
| *Inscription au VRC*  Je, soussigné(e), ……………………………………………………………………………………………  Autorise mon enfant………………………………………………………………………………………  A la pratique du rugby au sein du VITROLLES RUGBY CLUB.  Je déclare avoir pris connaissance des règlements de la FFR et en accepte l’application.  A Vitrolles, le …………………………………………. Signature……………………………………… |
| *Autorisation de soins*  Je, soussigné(e), ……………………………………………………………………………………………  En cas d’accident de mon enfant …………………………………………………………….  Autorise par la présente tout examen ou intervention prescrits par le corps médical.  Autorise par la présente le responsable de l’association, le comité de la FFR, à prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission dans un établissement de soin et à reprendre l’enfant à sa sortie, uniquement en cas d’indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.  A Vitrolles, le …………………………………………. Signature……………………………………… |
| *Autorisation à quitter le VRC*  Je, soussigné(e), ……………………………………………………………………………………………  Autorise N’autorise pas (Entourez votre choix)  mon enfant………………………………………………………………………………………  A quitter le VRC seul après les entraînements.  A Vitrolles, le …………………………………………. Signature……………………………………… |
| *Autorisation partenariat sponsors*  Je, soussigné(e), ……………………………………………………………………………………………  Autorise N’autorise pas (Entourez votre choix)  le VRC à diffuser mes coordonnées à ses partenaires mécènes et sponsors  A Vitrolles, le …………………………………………. Signature……………………………………… |
| *Autorisation prise d’images*  Je, soussigné(e), ………………………………………………………………………………………  Représentant légal de l’enfant…………………………………………………………………  Autorise N’autorise pas (Entourez votre choix)  le VRC à la prise et à la diffusion d’images de mon enfant lors des activités du club, sur des supports édités par le club (site internet, calendrier, presse, brochures…)  A Vitrolles, le …………………………………………. Signature………………………………………  FICHE DE RENSEIGNEMENTS |

|  |
| --- |
| *L’ENFANT*  NOM………………………………………………………. PRENOM……………………………………….  ADRESSE ………………………………………………………………………....................................  ………………………………………………………………………………………………………………………..  TAILLE DE SHORT…………… SURVETEMENT…………………CHAUSSETTES……………… |
| *LE REPRESENTANT LEGAL*  NOM………………………………………………………. PRENOM……………………………………….  PROFESSION……………………………………………………………………………………………………  ADRESSE ………………………………………………………………………....................................  ………………………………………………………………………………………………………………………..  NUMERO DE SECURITE SOCIALE……………………………………………………………………..  MUTUELLE………………………………………. TELEPHONE………………………………………….  MAIL………………………………………………………………………………………………………………. |
| *INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES*  PERSONNES A JOINDRE EN CAS D’ACCIDENT :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | NOM PRENOM | QUALITE | PORTABLE | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
|  |
| *COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT*  NOM………………………………………………………. PRENOM……………………………………….  ADRESSE ………………………………………………………………………....................................  ………………………………………………………………………………………………………………………..  PROBLEMES MEDICAUX A SIGNALER……………………………………………………………....  ………………………………………………………………………………………………………………………..  PAI (Projet d’accueil individualisé) OUI NON (Entourez votre choix) |