

- ARPAJON
- BRETIGNY SUR ORGE
- SAINTE GENEVIEVE DES BOIS

Catégorie

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : .....

Prénoms : .....

Date de Naissance : .....

Sexe : Masculin  Féminin

Lieu de naissance : ..... Code Postal de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone

Domicile : \_ \_ \_ \_ \_ Liste rouge : Oui / Non

Portable 1 : \_ \_ \_ \_ \_ responsable légal 1 (préciser .....) )

Portable 2 : \_ \_ \_ \_ \_ responsable légal 2 (préciser .....) )

Portable 3 : \_ \_ \_ \_ \_ joueur

Email responsable légal 1 : .....

Email responsable légal 2 : .....

**Autorisations CNIL : 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

---

Je, soussigné(e), en ma qualité de Père, Mère ou Tuteur,  
.....  
autorise mon fils / ma fille ..... né(e) le .....

- à jouer pour l'entente OVALIE CŒUR ESSONNE (Comité Ile de France n° 3014 B).  
J'ai pris connaissance du règlement de la FFR en accepte son application.
- à effectuer les déplacements en car ou en voiture particulière des dirigeants, entraîneurs ou parents de joueurs, pour tous les matchs, entraînements ou tournois disputés à l'extérieur.

---

### Droit à l'image

Les photos publiées sont les sites Internet et/ou les FaceBook des clubs  
ARPAJON RUGBY XV – RCS BRETIGNY- SAINTE GENEVIEVE SPORTS RUGBY

- Je refuse** que mon enfant soit photographié.
- J'accepte** que mon enfant soit photographié et que ses photos soient publiées.

Fait à ..... le .....

Signature :



- ARPAJON
- BRETIGNY SUR ORGE
- SAINTE GENEVIEVE DES BOIS

Catégorie

## SAISON 2020/2021

### POUR LES MINEURS(ES) AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je, soussigné(e) (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 :
  - A prendre toute les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
  - A reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du (ou de la) représentant(e) légal(e) du (ou de la) mineur(e)

#### Informations complémentaires

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

Nom – Prénom .....

Téléphone (portable et fixe si possible) .....

##### Coordonnées du médecin traitant

Nom et prénom .....

Adresse .....

Téléphone .....

---

##### Engagement du ou des représentants légaux

Le ou les représentants légaux s'engagent à avoir un comportement irréprochable sur les bords de terrains. Dans le cas contraire, la responsabilité du club pourrait être engagée.

---

Date et signature du (ou de la) représentant(e) légal(e) :