

1^{ère} inscription

Ré-inscription

Mutation



Lille Rugby Club – Iris 1924

Formulaire d'Adhésion 2018 – 2019

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Ville de Naissance..... Genre : F / M ⁽¹⁾

U6

U8

U10

U12

U14

Pointure : Taille short : Taille maillot :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Nom de l'école fréquentée :

| | |
|--|--|
| <u>Nom et Prénom du Tuteur 1 :</u> | <u>Nom et Prénom du Tuteur 2:</u> |
| <u>Adresse (si différente de l'enfant) :</u> | <u>Adresse (si différente de l'enfant) :</u> |
| <u>Numéros de portable et de fixe :</u> | <u>Numéros de portable et de fixe :</u> |
| <u>Adresse mail :</u> | <u>Adresse mail :</u> |
| <u>Profession :</u> | <u>Profession :</u> |
| <u>Numéro de téléphone du licencié :</u> | <u>Adresse mail du licencié :</u> |

Droit à l'image :

Je soussigné(e),, représentant(e) légal(e) de autorise / n'autorise pas ⁽¹⁾ les représentants du Lille Rugby Club – Iris 1924 à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités organisées par le club ainsi qu'à publier ces mêmes photos ou films sur le site de l'école de rugby.

Fait à, le

Signature(s)

(1) Rayer la mention inutile

- Nous collectons ces données afin de pouvoir :

- Enregistrer la licence auprès de la FFR
- Vous contacter en cas d'urgence
- Vous envoyer les informations régulières concernant les convocations/compétitions
- Vous fournir du matériel adapté (taille short, chaussettes...)

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, de limitation, de retrait de votre consentement à tout moment

AUTORISATION DE SOIN 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 toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soin
 - A reprendre l'enfant à la sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à :

Signature(s)

Le :

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 : _____

Informations complémentaires utiles : _____
