

1<sup>ère</sup> inscription

Ré-inscription

Mutation



# Lille Rugby Club - Iris 1924

## Bulletin d'Adhésion Individuel 2020 - 2021

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Ville de naissance : ..... Genre : F / M<sup>(1)</sup>

M6     M8     M10     M12     M14     M16     M19

Pointure : ..... Taille short : ..... Taille maillot : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Parent 1	Parent 2
<u>Nom Prénom :</u>	<u>Nom Prénom :</u>
<u>Adresse (si différente de celle du joueur) :</u>	<u>Adresse (si différente de celle du joueur) :</u>
<u>Numéro de portable :</u>	<u>Numéro de portable :</u>
<u>Adresse mail :</u>	<u>Adresse mail :</u>
<u>Profession :</u>	<u>Profession :</u>
<u>Téléphone joueur (pour M14, M16 et M19) :</u>	<u>Mail joueur (pour M14, M16 et M19) :</u>

Inscription à l'école d'arbitrage (M14 et M16) :    OUI     NON

### Droit à l'image :

Je soussigné(e), ....., représentant(e) légal(e) de ..... autorise/n'autorise pas <sup>(1)</sup> 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 utiliser ces mêmes photos ou films pour la communication du club.

Fait à ....., le ..... 20.....    Signature(s)

(1) Rayer la mention inutile

1<sup>ère</sup> inscription

Ré-inscription

Mutation

# Autorisation de soins en cas d'accident

Je soussigné(e) (nom, prénom, qualité)

.....  
en cas d'accident de (nom, prénom du joueur(euse))

.....  
autorise par la présente

- ✓ tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- ✓ le responsable de l'association, du Comité du Nord, de la Ligue des Hauts de France ou de la FFR
  - à prendre toutes les 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 de l'un des parents ou du représentant légal du joueur(euse) mineur.

Fait à : .....

Signature(s)

Le : .....20.....

## Informations complémentaires

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

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

Coordonnées du médecin traitant du joueur(euse) :

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Allergies avérées, antécédents médicaux et toute autre information utile :

.....  
.....  
.....