

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Etat Civil :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

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.

Lieu de naissance : Code Postal de naissance :

Pour les personnes nées à l'étranger le code postal est 99000

Nationalité :

N° Sécurité Sociale :

Coordonnées :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Pays :

Téléphones :

Domicile : Liste rouge : OUI NON

Portable : (Précisez Papa ou Maman)

..... (Précisez Papa ou Maman)

Professionnel : (Précisez Papa ou Maman)

..... (Précisez Papa ou Maman)

Email : (Précisez Papa ou Maman)

..... (Précisez Papa ou Maman)

Quel mail utiliser pour la licence : Papa Maman

Quel mail utiliser pour SportEasy : Papa Maman Les 2

Quel portable utiliser pour le groupe Whatsapp : Papa Maman Les 2

Autorisation 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

J'autorise le RCTCL à photographier mon enfant
dans le cadre de l'activité rugby OUI NON

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT



Je soussigné (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 :
 - 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

Fait à : _____ Le : _____

Signature

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone portable : _____ et fixe : _____

Allergies éventuelles de l'enfant : _____

Traitement (au long court) : _____

Mal des transports : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____