



Rugby Club
Touvet Pontcharra

SAISON 2012 / 2013 - Ecole de Rugby

Veillez trouver ci-joint le dossier d'inscription pour l'école de rugby du RCTP. Nous vous remercions de retourner l'ensemble du dossier complet le plus rapidement possible pour que votre enfant soit couvert et pour faciliter notre travail administratif. Le dossier est à rendre à Denis Artru le mercredi au Touvet après l'entraînement (19h00) ou le samedi après-midi à Pontcharra lors des entraînements (14h00 - 16h00).

Celui-ci comprend:

- ✓ Fiche de renseignements
- ✓ Autorisation de soins en cas d'accident
- ✓ Fiche d'urgence

Ces 3 documents sont à compléter et à retourner accompagnés de:

- ✓ une photocopie recto/verso de la carte d'identité ou du livret de famille
- ✓ 2 photos d'identité
- ✓ un règlement de 90€, l'augmentation de 15€ correspond à l'augmentation de l'assurance FFR. Chèque à l'ordre du RCTP. Chéquier jeune et carte M'RA acceptés.

La fiche de renseignements nous permettra d'éditer le document de la Fédération Française de Rugby appelé A.S que nous vous transmettrons et qu'il faudra nous retourner:

- ✓ A.S tamponnée et signée par le médecin et complétée par vous.

La licence ne pourra être éditée uniquement qu'à la réception du dossier complet. La licence est obligatoire pour participer aux tournois. Si le dossier de licence tarde trop, pour des raisons légales, nous ne pourrions plus accepter votre enfant aux entraînements et aux tournois.

Nous vous rappelons que le RCTP est un club qui ne fonctionne qu'avec des bénévoles (dirigeants, éducateurs et autres intervenants). Votre aide et implication dans la vie du club sont la bienvenue.

Les informations sur la vie du club, les tournois et entraînements sont diffusées par l'intermédiaire du site du club: <http://www.rctp.fr>

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez me contacter au 06 83 63 65 72 ou contact@rctp.fr ou après les entraînements des -de13.

Merci de votre compréhension. Bonne saison à tous.

Denis Artru
Pour le R.C.T.P.

ECOLE DE RUGBY R.C.T.P



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

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)

N°de sécurité sociale :

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

Pays :

Portable mère : Portable père :

Tél.domicile : Tél.prof.:

e-mail :

Autorisation CNIL : OUI NON
(rayer la mention inutile)

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.

Réservé au Club :

Catégorie :

Licence n° Réglée le :

par chèque n°..... ou espèces.

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 :

Signatures

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 : _____

FICHE D'URGENCE

Date :



Nom de l'enfant :

Nom du responsable légal :

Prénom :

Tél. domicile :

Âge :

Tél. prof. :

Date de naissance :

Portable :

Médecin de famille :

Autre contact, Nom :

Tél. du médecin :

Tél. domicile :

Hôpital souhaité* : ..Grenoble – Chambéry.....
(rayer la mention inutile)

Tél. prof. :

REMARQUES :

Maladies connues :

Allergies connues :

Traitement médical en cours :

Groupe sanguin :