



CD40

Comité Départemental De Rugby des Landes
253 Avenue Albert POISSON
40370 RION DES LANDES



CES DOCUMENTS SONT IMPORTANTS ET A REMPLIR AVEC PRECISION

| RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS | | | | |
|--|---|----------------------|---|--|
| NOM : | NUMEROS DE TELEPHONE | DOMICILE : | <div style="border: 1px solid gray; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> PHOTO RECENTE OBLIGATOIRE </div> | |
| PRENOM : | | PARENTS : | | |
| DATE DE NAISSANCE :/...../..... | | PERSONNEL : | | |
| MAIL PERSONNEL : | <i>Si 2 foyers indiquez mails père & mère</i> | | | |
| MAIL RESPONSABLE LEGAL : | | | | |
| ADRESSE (complète) : | | | | |

| RENSEIGNEMENTS RUGBYSTIQUES | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| N°LICENCE OBLIGATOIRE : | POSTE (3 choix possible) | Choix 1 | Choix 2 | Choix 3 |
| TAILLE :cm | | POIDS :kg | | |
| SAISON PRECEDENTE | | SAISON EN COURS | | |
| CLUB : | COMITE : | CLUB : | COMITE : | |

| RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES | |
|------------------------------------|--|
| NOM DE L'ETABLISSEMENT : | CLASSE : Section Sportive (hors UNSS) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT : | |

| AUTORISATION PARENTALE POUR LA SAISON EN COURS |
|---|
| <p>Je, soussigné(e), M. ou Mme*</p> <p>Dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessus, autorise (nom/prénom du jeune)..... à participer à tous les stages, matchs ou tournois, organisés par le Comité des Landes de Rugby.</p> <p>Fait à le Signature du représentant légal</p> |

* Rayer les mentions inutiles



CD40

Comité Départemental De Rugby des Landes
253 Avenue Albert POISSON
40370 RION DES LANDES

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE RUGBY



FFR
LIGUE RÉGIONALE
NOUVELLE-AQUITAINE



REGLES DE VIE LORS DES RASSEMBLEMENTS DU COMITE

- 1. INTERDICTION DE PORTER ET/OU CONSOMMER DE L'ALCOOL ET DES SUBSTANCES ILLICITES LORS DU SEJOUR, A L'INTERIEUR OU A L'EXTERIEUR DES STRUCTURES, TOUTE SORTIE NOCTURNE ETANT INTERDITE**
- 2. RESPECT DES REGLES DE VIE INSTAUREES PAR L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL ET PAR L'ENCADREMENT : Ponctualité, bruit, dégradations...**
- 3. TOUT JOUEUR OU TOUTE JOUEUSE CONVOQUÉ(E) DOIT FAIRE HONNEUR A SA SELECTION.
EN CAS DE FORFAIT IL SE DOIT D'EN INFORMER LE COMITE.
TOUTE ABSENCE NON JUSTIFIEE PEUT ENTRAINER DES SANCTIONS AVEC LE CLUB (REGLEMENT F.F.R)**
- 4. A SAVOIR QUE DES MESURES PEUVENT ÊTRE PRISES PAR L'ENCADREMENT VIS-A-VIS DES TELEPHONES PORTABLES.... POUR LA BONNE VIE DU GROUPE**

Le joueur ou la joueuse sélectionné(e) doit avoir une tenue correcte tant sur le terrain qu'à l'extérieur.

Toutes dégradations ou non-respect d'autrui seront sanctionnés par l'exclusion du rassemblement voire de la sélection.

Les dégradations peuvent être facturées aux parents et le club en sera informé.

NOM et Prénom du joueur(se) :

.....

Cachet du Club

Signature des Parents
(Précédé de « Lu et approuvé »)

Signature du joueur/joueuse
(Précédé de « Lu et approuvé »)

LE MINEUR

NOM : _____

☎ 05 58 89 75 08

comite.landes.rugby@orange.fr <https://www.cd40.fr>



CD40

Comité Départemental De Rugby des Landes
253 Avenue Albert POISSON
40370 RION DES LANDES



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|
| Tétanos | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature