



Comité des Landes de Rugby (Sélections) U13G – U14G & U15F

**A Ramener par
chaque joueur(se)s
convoqués et à
donner à leur
arrivée au stage**

| RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS | | |
|--|---|---|
| NOM : | NATIONALITE : | PARENTS (numéro prioritaire): ☎ |
| PRENOM : | DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE : | PARENTS (autre): ☎ |
| N° SECURITE SOCIALE : | Code postal DE NAISSANCE : | |
| CONTACT N°1 MAIL (adresse sur laquelle vous souhaitez recevoir toutes les informations officielles): | | |
| CONTACT N°2 MAIL: | | |
| ADRESSE POSTALE (complète) : | | |

Si 2 foyers
indiquez
mails père
& mère

| RENSEIGNEMENTS RUGBYSTIQUES | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------|-----------------|----------------|
| N°LICENCE : | 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 ET LIEU DE L'ETABLISSEMENT : | CLASSE : |

| AUTORISATION PARENTALE POUR LA SAISON EN COURS | |
|---|--|
| Je, soussigné(e), M. ou Mme* 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. | |
| Fait le | Signature du représentant légal (avec la mention « lu et approuvé ») |
| A | |

* Rayer les mentions inutiles

AUTORISATION PARENTALE COMMUNICATION PUBLICITE PHOTOS VIDEOS

Je, soussigné(e), M. ou Mme*

autorise le comité départemental de Rugby des Landes à diffuser les photos de mon enfant dans les journaux, les revues, les outils de communication du dit comité, à des fins publicitaires et à utiliser les images de matchs, d'entraînements à des fins pédagogiques ou publicitaires

Fait le

Signature du représentant légal
(avec la mention « lu et approuvé »)

A

SANTÉ AUTORISATION PARENTALE EN CAS DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT MEDECIN DE FAMILLE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable _____

Observations particulières de santé : (allergies, asthme, etc..) : _____

EN CAS D'ACCIDENT ou PROBLEME DE SANTE

lors d'un rassemblement (entraînement, stage, tournoi, matchs,..) organisé par le COMITE DEPARTEMENTAL de RUGBY des LANDES, ce dernier me préviendra aux coordonnées fournies sur ce document, le plus rapidement possible.

Je soussigné(e), M. ou Mme*

autorise tout examen ou intervention nécessaire auprès de mon enfant effectuée par un professionnel de santé ou un membre du comité habilité agissant sous la responsabilité du COMITE DEPARTEMENTAL de RUGBY des LANDES.

J'autorise un responsable du comité à reprendre mon enfant à sa sortie des soins et à le transporter si nécessaire.

Fait à

Signature du représentant légal
(avec la mention « lu et approuvé »)

Le