



Comité des Landes de Rugby (Sélections) M18F

**A Fournir
obligatoirement
par chaque
joueuse**

SAISON 2021-2022

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

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

**SANTE
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