



AS LAGNY RUGBY
N° FFR : 4644Y

INSCRIPTION



AS LAGNY RUGBY
N° FFR : 4644Y

ECOLE DE RUGBY AS LAGNY RUGBY

Baby



Pièces à fournir pour la pré-inscription :

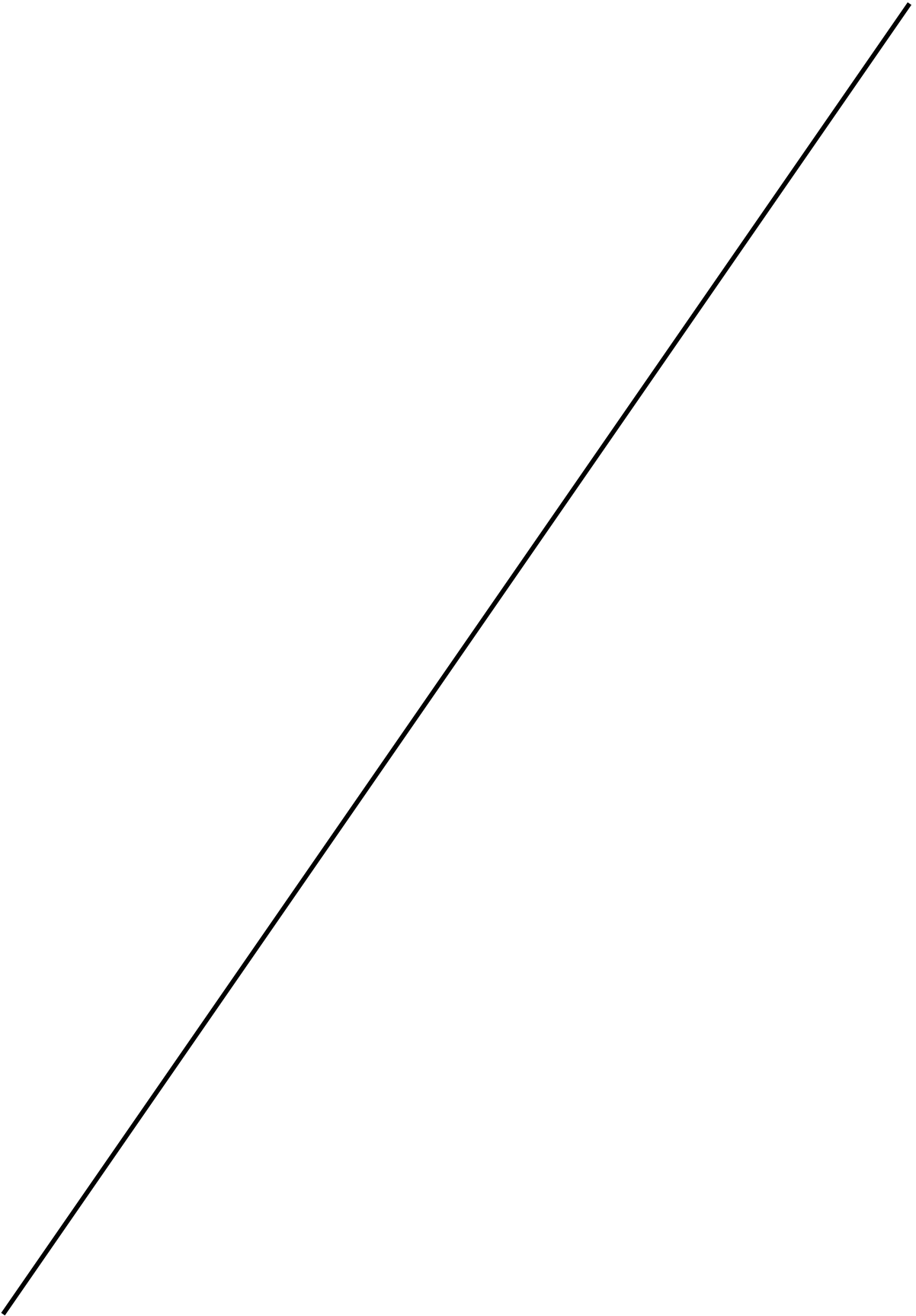
- Fiche d'inscription *complétée*
- Photocopie du justificatif d'identité du joueur (CNI recto/verso ou Passeport)
- Si absence de CNI ou de passeport, photocopie du livret de famille (joueur et parents)
+ Photocopie du justificatif d'identité de l'un des tuteurs

Pièces à fournir pour le dossier papier :

- Autorisation de soins *complétée et signée*
- Fiche pack compétition *complétée et signée*
- Règlement par espèces ou chèques (*nom et catégorie du licencié et date d'encaissement souhaitée au dos, à l'ordre de AS LAGNY RUGBY*)
- Certificat médical de la Fédération Française de Rugby *complétée et signée*

Pièces à scanner et à déposer sur le site OVAL-e :

- Photographie du joueur en format photographie d'identité au format 3 x 4 cm, en format JPG
- Autorisation de soins *complétée et signée*, en format PDF ou JPG
- Photocopie du justificatif d'identité du joueur (CNI recto/verso ou Passeport), **sur 1 fichier**, en format PDF ou JPG
Si absence de CNI ou de passeport, photocopie du livret de famille (joueur et parents)
+ Photocopie du justificatif d'identité de l'un des tuteurs, sur 1 fichier, en format PDF ou JPG
- Certificat médical de la Fédération Française de Rugby *complétée et signée*, en format PDF ou JPG





AS LAGNY RUGBY
N° FFR : 4644Y

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT



AS LAGNY RUGBY
N° FFR : 4644Y

Formulaire à remplir par un tuteur légal (père, mère, autre..)

Je, soussigné(e) (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 Fédération française de rugby (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 du représentant légal du mineur.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Coordonnées des personnes à joindre en cas d'accident

**Tuteur
signataire**

| | |
|----------------------|-------|
| Nom : | _____ |
| Prénom : | _____ |
| Qualité : | _____ |
| Téléphone portable : | _____ |
| Téléphone fixe: | _____ |

**Seconde
personne à
joindre**

| | |
|----------------------|-------|
| Nom : | _____ |
| Prénom : | _____ |
| Qualité : | _____ |
| Téléphone portable : | _____ |
| Téléphone fixe: | _____ |

**Médecin
traitant**

| | |
|-------------|-------|
| Nom : | _____ |
| Prénom : | _____ |
| Adresse : | _____ |
| _____ | _____ |
| Téléphone : | _____ |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JOUEUR

Asthme OUI NON Fournir ordonnance et médicament à l'éducateur référent

Sujet aux convulsions OUI NON

Allergies OUI NON Si OUI, lesquelles ? _____

Contre-indications éventuelles _____

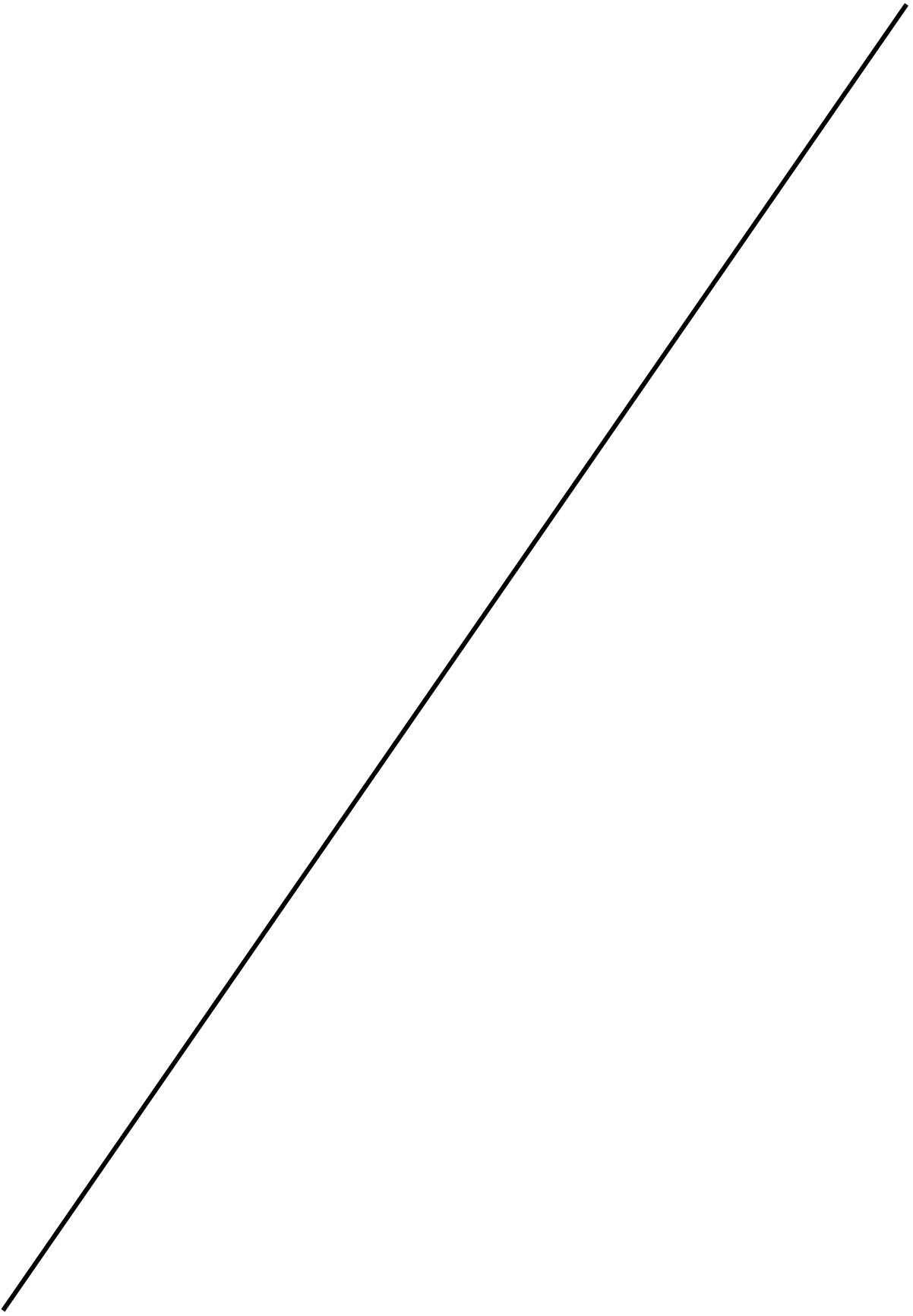
Antécédents médicaux _____

Autre(s) accident(s) de santé _____

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si OUI, lequel ? _____

Fait à _____, le _____





AS LAGNY RUGBY
N° FFR : 4644Y

FICHE PACK COMPETITION



AS LAGNY RUGBY
N° FFR : 4644Y

| | |
|----------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Sexe : | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin |

| | | |
|---------------------------|--------------------|-------------|
| Né en 2017 ou 2016 | Catégorie : | BABY |
| SHORT | SERVIETTE | MAILLOT |
| FORMULE à 80 € (*) | | |

(*) Formule dégressive si plusieurs enfants (20 € pour le 2^{ème} enfant et pour les suivants)

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| 1^{er} enfant | NOM / Prénom | | | | | | |
| | Catégorie | <input type="checkbox"/> M6 | <input type="checkbox"/> M8 | <input type="checkbox"/> M10 | <input type="checkbox"/> M12 | <input type="checkbox"/> M14 | <input type="checkbox"/> M16/M18 |
| 2^{ème} enfant | NOM / Prénom | | | | | | |
| | Catégorie | <input type="checkbox"/> M6 | <input type="checkbox"/> M8 | <input type="checkbox"/> M10 | <input type="checkbox"/> M12 | <input type="checkbox"/> M14 | <input type="checkbox"/> M16/M18 |
| 3^{ème} enfant | NOM / Prénom | | | | | | |
| | Catégorie | <input type="checkbox"/> M6 | <input type="checkbox"/> M8 | <input type="checkbox"/> M10 | <input type="checkbox"/> M12 | <input type="checkbox"/> M14 | <input type="checkbox"/> M16/M18 |

| MODE DE PAIEMENT : POUR LA FORMULE | | | | |
|------------------------------------|-------------------|------------------|----------------|-------------|
| TYPE | NOM DE L'EMETTEUR | NUMERO DU CHEQUE | A ENCAISSER LE | MONTANT |
| <input type="checkbox"/> CHEQUE * | | | | |
| <input type="checkbox"/> ESPECES | | | | |
| TOTAL | | | | 80 € |

| MODE DE PAIEMENT : POUR LE MAILLOT en prêt sous caution | | | |
|---|-------------------|------------------|-------------|
| TYPE | NOM DE L'EMETTEUR | NUMERO DU CHEQUE | MONTANT |
| <input type="checkbox"/> CHEQUE * | | | |
| <input type="checkbox"/> ESPECES | | | |
| TOTAL | | | 30 € |

ou

| MODE DE PAIEMENT : POUR LE MAILLOT à l'achat | | | | |
|--|-------------------|------------------|----------------|-------------|
| TYPE | NOM DE L'EMETTEUR | NUMERO DU CHEQUE | A ENCAISSER LE | MONTANT |
| <input type="checkbox"/> CHEQUE * | | | | |
| <input type="checkbox"/> ESPECES | | | | |
| TOTAL | | | | 30 € |

(*) nom et catégorie du licencié au dos
date d'encaissement souhaitée au dos
à l'ordre de AS LAGNY RUGBY

Fait à _____, le _____