



AS LAGNY RUGBY
N° FFR : 4644Y

INSCRIPTION



AS LAGNY RUGBY
N° FFR : 4644Y

ECOLE DE RUGBY AS LAGNY RUGBY

Pour nouvelle licence



Pièces à fournir pour la pré-inscription :

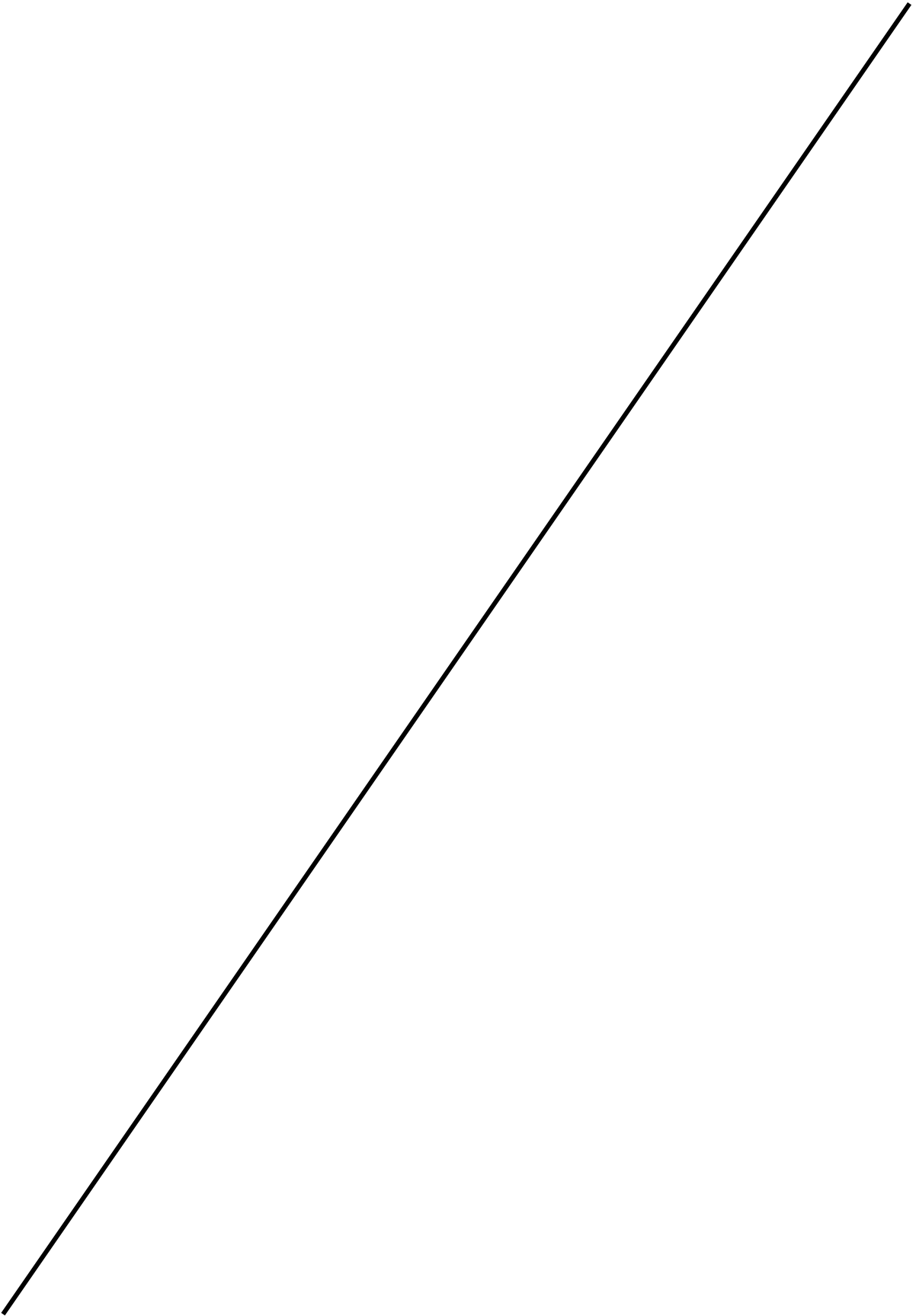
- Fiche d'inscription *complétée*
- Photocopie du justificatif d'identité du joueur (CNI recto/verso ou Passeport)
- Si absence de CNI ou de passeport, photocopie du livret de famille (joueur et parents)
+ Photocopie du justificatif d'identité de l'un des tuteurs

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 _____

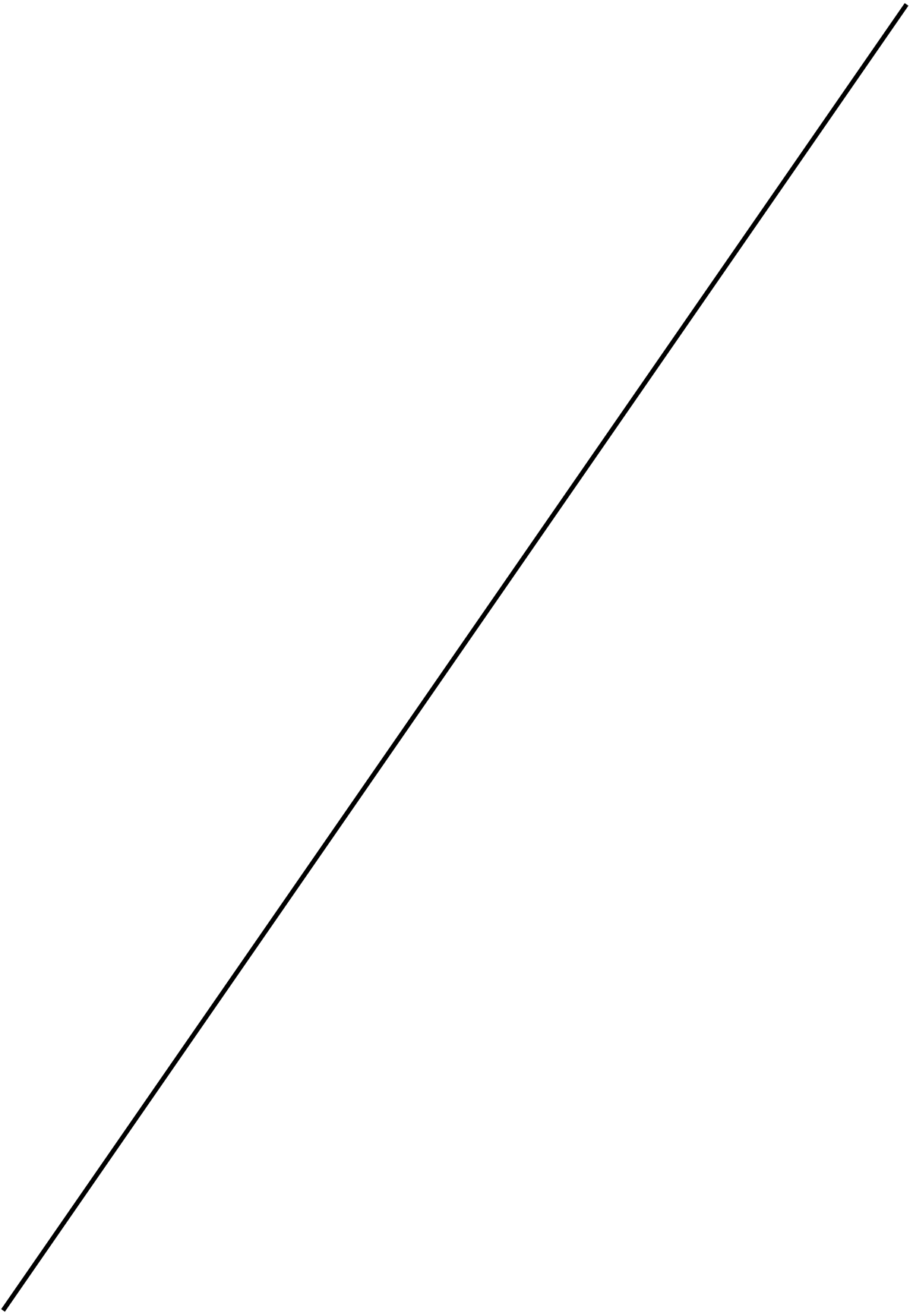
Antécédents médicaux _____

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 2015	Catégorie :	<input type="checkbox"/> M6
SHORT	CHAUSSETTES	PROTEGE-DENTS
<input type="checkbox"/> T6 <input type="checkbox"/> T14	<input type="checkbox"/> 27/30 <input type="checkbox"/> 39/42	<input type="checkbox"/> petit
<input type="checkbox"/> T8 <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 31/34 <input type="checkbox"/> 43/46	<input type="checkbox"/> grand
<input type="checkbox"/> T10 <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 35/38	
<input type="checkbox"/> T12 <input type="checkbox"/> L		
		GOURDE
		<input type="checkbox"/> 500 ml
FORMULE à 110 € (*)		

Né en 2013 ou 2014 :	<input type="checkbox"/> M8	Né en 2011 ou 2012 :	<input type="checkbox"/> M10
Né en 2009 ou 2010 :	<input type="checkbox"/> M12	Né en 2007 ou 2008 :	<input type="checkbox"/> M14
SHORT	CHAUSSETTES	PROTEGE-DENTS	GOURDE
<input type="checkbox"/> T6 <input type="checkbox"/> T14	<input type="checkbox"/> 27/30 <input type="checkbox"/> 39/42	<input type="checkbox"/> petit	
<input type="checkbox"/> T8 <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> 31/34 <input type="checkbox"/> 43/46	<input type="checkbox"/> grand	<input type="checkbox"/> 500 ml
<input type="checkbox"/> T10 <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 35/38		
<input type="checkbox"/> T12 <input type="checkbox"/> L			
FORMULE à 160 € (*)			

(*) 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 :				
TYPE	NOM DE L'EMETTEUR	NUMERO DU CHEQUE	A ENCAISSER LE	MONTANT
<input type="checkbox"/> CHEQUE *				
<input type="checkbox"/> CHEQUE *				
<input type="checkbox"/> CHEQUE *				
<input type="checkbox"/> ESPECES				
TOTAL				

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

Fait à _____, le _____