



AS LAGNY RUGBY  
N° FFR : 4644Y

# INSCRIPTION



AS LAGNY RUGBY  
N° FFR : 4644Y

## ECOLE DE RUGBY AS LAGNY RUGBY

*Pour nouvelle licence*

*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	

<b>Né en 2017 ou 2018</b>	<b>Catégorie :</b>	<b>BABY</b>
SHORT		
<b>FORMULE à 80 € (*)</b>		

(\*) Formule dégressive si plusieurs enfants (20 € pour le 2<sup>ème</sup> enfant et pour les suivants)

<b>1<sup>er</sup> enfant</b>	NOM / Prénom					
	Catégorie	<input type="checkbox"/> M6	<input type="checkbox"/> M8	<input type="checkbox"/> M10	<input type="checkbox"/> M12	<input type="checkbox"/> M14
<b>2<sup>ème</sup> enfant</b>	NOM / Prénom					
	Catégorie	<input type="checkbox"/> M6	<input type="checkbox"/> M8	<input type="checkbox"/> M10	<input type="checkbox"/> M12	<input type="checkbox"/> M14
<b>3<sup>ème</sup> enfant</b>	NOM / Prénom					
	Catégorie	<input type="checkbox"/> M6	<input type="checkbox"/> M8	<input type="checkbox"/> M10	<input type="checkbox"/> M12	<input type="checkbox"/> M14

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				
<b>TOTAL</b>				<b>80 €</b>

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

ou

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

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_