



# AFFILIATION FFR FICHE DE RENSEIGNEMENTS



NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Code Postal de naissance : \_\_\_\_\_  
*Pour les personnes nées à l'étranger le code postal est 99000*

*Ces informations sont garantes de votre affiliation à la FFR. Elles doivent être rigoureusement identiques aux justificatifs d'identité qui vous seront réclamés ultérieurement. Tout dossier non conforme sera refusé et nécessitera la reprise de la procédure d'affiliation depuis le début.*

## Coordonnées

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## Contact Mère :

## Contact Père :

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Portable: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Origine affiliation FFR : Raison qui vous a amené à prendre une licence dans notre club.

Ré-affiliation SOUA

Mutation Club de provenance : \_\_\_\_\_

Ancien pratiquant (reprise après coupure) Dernière saison : \_\_\_\_\_

Animations scolaires

Forums associatifs

Journée découverte

Tournoi rugby a 5 de fin de saison

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Frères/sœurs licenciés au SOUA : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Régime alimentaire spécial : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

PAI : OUI  (à fournir) Non

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (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 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 des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à :

Signatures

Le :

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personne à joindre en cas d'accident :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable et fixe si possible) : \_\_\_\_\_

Autre personne à joindre en cas d'accident :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable et fixe si possible) : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_



## AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigne, M....., le pere

Né le ..... à .....

Domicilie à ..... Et / ou

Mme....., la mère

Née le ..... à .....

Domiciliée à .....

Autorise mon enfant ..... à être photographié et filmé.

Autorise le SOUA RUGBY à utiliser les photographies et vidéos mentionnées ci-dessous dans le cadre de sa communication, conformément aux dispositions légales relatives au droit à l'image et au droit au nom :

Objet de l'autorisation : Cession des droits à l'image

Support utilise : Internet, Facebook, TeamPulse, Presse (journaux, télévision), visuels, calendriers, tous supports médiatiques.

Cette autorisation est accordée :

Pour toute zone de diffusion en France et à l'étranger Cette autorisation est consentie à titre gracieux.

Fait à .....

le

Signature du ou des parents, Précédée de la mention « bon pour autorisation »