



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

ENFANT

Nom :

Prénoms* :

** tous les prénoms inscrits sur la pièce d'identité*

Adresse :

Date de naissance :

Lieu :

Taille de pantalon :

Pointure :

PARENT 1

Nom :

Prénom :

Adresse *(si différente)* :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Mail :

Profession :

Employeur :

PARENT 2

Nom :

Prénom :

Adresse *(si différente)* :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Mail :

Profession :

Employeur :

Personne à contacter pour communiquer les informations :

Parent 1

Parent 2

Autre :

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e) représentant légal autorise mon enfant (nom & prénom) à participer aux activités, aux déplacements, aux transports organisés par le club.

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) représentant légal autorise le Stade de Reims Rugby à diffuser des photos (site internet, vidéo...) de mon enfant cette autorisation est donnée à titre gracieux.

J'autorise le Stade de Reims Rugby à utiliser mes données personnelles conformément à la réglementation RGPD

J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions de la FFR disponibles sur le site stadedereimsrugby.com

Je reconnais avoir été informé par la FFR, par ma Ligue Régionale et par mon club, des informations relatives aux précautions à prendre afin de pratiquer le rugby (informations disponibles sur le site stadedereimsrugby.com)

Assurances complémentaires (la notice d'assurance est disponibles sur le site stadedereimsrugby.com) :

Option 1 : Je décide de souscrire aux garanties complémentaires (avec un coût supplémentaire €) qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes

Option 2 : Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause

Délégué à la protection des données

Je certifie avoir pris connaissance, compris et accepté les déclarations de traitement des données personnelles mis en œuvre pour mon affiliation à la Fédération Française de Rugby

J'autorise la FFR à utiliser mes données personnelles à des fins promotionnelles ou commerciales pour ses propres activités et celles qu'elle peut réaliser au nom de ses partenaires ou fournisseurs officiels, sans cession des données à des tiers

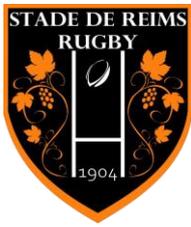
oui non

J'autorise la FFR à transmettre certaines de mes données personnelles à des tiers, et notamment ses partenaires et fournisseurs officiels, à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.

oui non

Signatures

Date



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 les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'impossibilité absolue des parents ou du représentant légale du mineur.

Numéro de sécurité sociale du licencié :

Fait à :

Signature

Le :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM

Prénom.....Qualité.....

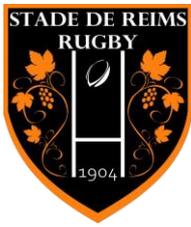
Téléphone (portable et fixe si possible)
.....

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et Prénom

Adresse

Téléphone.....



QUESTIONNAIRE DE SANTE

Merci de remplir ce questionnaire le plus honnêtement et sérieusement possible.

NOM Prénom:

Date de naissance:

TROUBLES RESPIRATOIRES

Asthme: Oui Non

Ventoline? Oui Non

Autre(s) trouble(s) respiratoire(s)?

DIABÈTE

Diabète: Oui Non , Stabilisé Oui Non

Si oui, traitement?

TROUBLES CARDIAQUES

Problèmes cardiaques: Oui Non , Précisez

Si oui, traitement?

Antécédents familiaux de troubles cardiaques? Oui Non , Précisez

ALLERGIES

Allergies: Oui Non , Précisez

Réaction allergique au cours d'un soin médical: Oui Non

PROTHÈSES

Dentaire: Oui Non , Précisez

Visuelle: Oui Non , Précisez

Auditive: Oui Non , Précisez

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Pour tout traitement en cours ou prise ponctuelle de médicament, notamment au cours d'un effort sportif, veuillez fournir une photocopie de l'ordonnance.

Traitement médicamenteux en cours: Oui Non Le(s)quel(s)?

ANTÉCÉDENTS

Médicaux: Oui Non , Précisez

Chirurgicaux: Oui Non , Précisez

Protocole commotion: Oui Non , Précisez

Colorez sur le body chart les blessures que vous avez ou avez eu				
Fractures	Entorses	Lésions musculaires	Traumatismes crâniens	Douleurs autres
En rouge	En bleu	En vert	En noir	En rose
Entourez les blessures actuelles				

