 SAISON 2021/2022
 FICHE D’INSCRIPTION
 AUTORISATION DE SOIN :

Photo

 **LICENCIE.E :**

 **NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Mail de contact pour information CRIG rugby utilisé par le manager de catégorie:

Mail de contact privilégié : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mail du parent 1 (si différent du mail contact) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mail du parent 2 (si différent et/ou nécessaire) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***AUTORISATION DE SOIN EN CAS D’ACCIDENT***

**Je soussigné.e (NOM, Prénom, qualité), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**En d’accident du licencié.e (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AUTORISE par la présente :**

* tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
* le responsable de l’association, du Comité départemental ou territorial ou de la FFR :
	+ A prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
	+ A reprendre l’enfant à sa sortie, uniquement en cas d’indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Je déclare les antécédents médicaux suivants**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Je déclare les allergies connues : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Coordonnées des personnes à joindre en cas d’urgence :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | QUALITE | TEL FIXE | TEL PORTABLE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Coordonnées du médecin traitant :**

Nom et Prénom : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Téléphone : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fait à : Le Signature(s) :**



 **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

**LICENCIE.E : NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe : Féminin Masculin (rayer la mention inutile) NATIONALITE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal de naissance (né à l’étranger le code est : 99000) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N° de sécurité sociale : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

*Coordonnées du jeune :*

**ADRESSE : n° :\_\_\_\_\_\_\_\_ RUE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CODE POSTAL : \_ \_ \_ \_ \_ VILLE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELEPHONE  PORTABLE n° :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etablissement scolaire fréquenté : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe :\_\_\_\_\_\_**

 **PARENT 1 :**

**NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADRESSE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELEPHONE  n° :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PORTABLE n° :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TRAVAIL n° :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROFESSION : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LIEU DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PARENT 2 :**

**NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADRESSE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## TELEPHONE  n° :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PORTABLE n° :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TRAVAIL n° :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROFESSION : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LIEU DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# AUTORISATIONS PARENTALES:

**ACCES ENTRAINEMENTS / MATCHS / TOURNOIS :**

J’autorise mon fils/ma fille à venir aux / repartir des entrainements/matchs/tournois par ses propres moyens.
 **OUI NON**
Si **NON**, je m’engage à l’accompagner et venir le chercher auprès des éducateurs de la catégorie aux horaires communiqués par le manager de la catégorie.

**COVOITURAGE :**

J’autorise le CRIG à transmettre mes coordonnées à d’autres parents pour covoiturer mon enfant ou un autre enfant, licencié au club**. OUI NON** Zone de Covoiturage :\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DROIT A L’IMAGE :**

Le CRIG a besoin de votre autorisation à diffuser les photos/vidéos de votre enfant prises lors des activités proposées par le club à des usages qui seront exclusivement sous forme :

* Pédagogique
* D’exposition (par exemple après un tournoi), communiqué de presse
* D’une plaquette ou vidéo de présentation ou de promotion
* Du site internet du CRIG ou sa page Facebook

En aucun cas, les images seront utilisées à des fins commerciales.

J’autorise à titre gracieux le CRIG à utiliser l’image de mon enfant dans les conditions exposées ci-dessus :  **OUI NON**

Je soussigné.e (Nom, prénom, qualité) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus relatives aux autorisations accordées.

**Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature(s):**