



Catégorie: .....

N° de licence: .....

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SAISON 2013-2014

NOM: .....

PRENOM: .....

Date de naissance: .....

Sexe:       Masculin       Féminin

Nationalité: .....

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

Lieu de naissance: .....

Code postal de naissance: .....

(pour les personnes nées à l'étranger, le code postal est 99000)

### COORDONNEES

Adresse:    N°: .....    Rue: .....

Complément d'adresse: .....

Code Postal: .....    Ville: .....

### TELEPHONES - MAIL

Téléphone Domicile:    \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_    Liste rouge:     OUI     NON

Téléphone Portable Père :    \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

Téléphone Portable Mère :    \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

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

*( très important ! nous communiquons principalement par mail )*

### AUTORISATIONS CNIL

OUI

NON

*Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la Fédération et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez NON, les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.*

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

**Taille vêtements:**    **Haut:** .....    **Bas:** .....    **Pointure:** .....

**Etablissement scolaire fréquenté:** .....

**Classe:** .....

**INFORMATIONS MEDICALES**

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies et/ou les maladies suivantes:

ASTHME                     oui     non                    ALIMENTAIRES     oui     non  
MEDICAMENTEUSES     oui     non    AUTRES (animaux, plantes, pollen)  oui     non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**  
(si automédication, le signaler)

.....  
.....

L'enfant présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter**:

oui     non

.....  
.....

**Recommandations utiles des parents:**

(port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant)

.....  
.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS**

(FACULTATIF)

**Représentants légaux**                    **Profession**                    **Nom et adresse de l'employeur**

**Père:**                    .....                    .....  
.....

**Mère:**                    .....                    .....  
.....

**SITE INTERNET DU CLUB**

Afin de vous tenir informé sur l'actualité du club, vous pouvez consulter les supports suivants:

- site internet du CSV: **www.csvrugby.fr**
- page Facebook du CSV: **www.facebook.com/pages/CSVillefranche**
- les photos de Louis Peyron: **http://picasaweb.google.com/Louispey**

## CATEGORIES

<b>EDR – moins de 7 ans:</b>	nés en 2007 et 2008 }	<u>reprise de l'entraînement:</u>
<b>EDR – moins de 9 ans:</b>	nés en 2005 et 2006 }	le samedi 7 Septembre 2013 (10h – 11h30)
<b>EDR – moins de 11 ans:</b>	nés en 2003 et 2004 }	<u>Permanence pour les dossiers d'inscription:</u>
<b>EDR – moins de 13 ans:</b>	nés en 2001 et 2002 }	à partir de 9 heures, les premiers samedis

## COTISATION ANNUELLE

**Montant:** 200 €

Ce montant inclut le prix de la licence, l'assurance, un équipement aux couleurs du club (1 short, 1 paire de chaussettes, 1 quart zip et 1 t-shirt), et la participation aux frais de déplacement (tous les déplacements s'effectuent en car).

**Modalités de paiement:** soit 1 chèque de la totalité (encaissé le 15 Septembre), soit 2 chèques de 100 € (encaissés les 15 Septembre et 15 Octobre), soit 3 chèques (70 + 70 + 60 € encaissés les 15 Septembre, 15 Octobre et 15 Novembre), soit 4 chèques de 50 € encaissés les 15 Septembre, 15 Octobre, 15 Novembre et 15 Décembre)

N'hésitez pas à contacter le Secrétariat du club en cas de difficulté.

**Réduction Famille:** une remise de 10 % est accordée à partir de la 2<sup>ème</sup> licence dans une même famille.

**Aides possibles:** nous sommes habilités à accepter les **Chèques Vacances** et les **Coupons Sports** émis par l'ANCV et délivrés par les employeurs ou comités d'entreprise, pour régler tout ou partie de la cotisation.

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

Ce dossier est à remettre, complété et signé, au Secrétariat du club à la rentrée lors des permanences (samedi matin de 9 heures à midi à partir du 7 septembre) **dès que possible et plus tard le samedi 28 septembre**, accompagné des pièces suivantes :

- demande d'affiliation à la FFR ou de renouvellement (avec signature et cachet du médecin)
- photocopie de la carte d'identité (ou du livret de famille) pour les nouveaux licenciés
- 2 photos d'identité (noter au dos les nom, prénom et catégorie/année de naissance)
- le ou les chèques de règlement de la cotisation

**Pour des raisons pratiques les dossiers incomplets ne pourront être acceptés.**

## MODIFICATION DE COORDONNEES

Dans un souci de bonne organisation, et surtout si nous devons vous joindre en urgence, nous vous remercions de bien vouloir informer le Secrétariat de tout changement dans vos coordonnées : adresse, numéros de téléphone, adresse mail...

**AUTORISATION PARENTALE, SOINS, DROIT A L'IMAGE,  
CHARTES DU JOUEUR ET DU PARENT**

Je soussigné(e), .....  
agissant en qualité de PERE, MERE ou TUTEUR (rayer les mentions inutiles), détenteur de l'autorité parentale, autorise le jeune:

Nom, prénom: ....., âgé de: ..... ans

et demeurant: .....  
.....

1) à pratiquer le rugby, en compétition, au sein du Cercle Sportif de Villefranche pour la saison 2011 – 2012.

J'ai pris connaissance des règlements de la Fédération Française de Rugby, ainsi que du Comité Régional, et en accepte leur application.

2) J'autorise également par la présente:

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de l'association, du Comité ou de la FFR
  1. à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
  2. à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'impossibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

3) Par ailleurs, j'autorise toute utilisation de son image dans le cadre des activités du CSV (entraînements, matchs, stages, sélections, réunions, activités festives, ....). Ces images pourront être exploitées sous quelque forme que ce soit (photos, vidéos, presse, journal du club, blog, site internet, ....), étant entendu qu'elles ne devront pas être susceptibles de porter atteinte à la vie privée de l'enfant.

4) Je reconnais avoir lu et pris connaissance de la « Charte du Jeune Joueur » et de la « Charte du Parent » figurant dans le Livret d'Accueil qui m'a été remis avec le présent dossier et j'accepte de m'y conformer et d'engager mon enfant à respecter les règles de vie.

Fait à: ..... le: .....

**Signature:**

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

**Coordonnées des personnes à joindre en cas d'accident:**

NOM et Prénom: ..... NOM et Prénom .....

Qualité: ..... Qualité .....

Téléphone: \_ - \_ - \_ - \_ - \_ Téléphone: \_ - \_ - \_ - \_ - \_

**Coordonnées du médecin traitant:**

NOM et Prénom: .....

Adresse: .....

..... Téléphone: \_ - \_ - \_ - \_ - \_