



RUGBY CLUB LE MANS

FFR – Comité des Pays de La Loire
Code club FFR 5100U - N° Siret 447 963 307 00015

FICHE D'ADHESION SAISON 2020 – 2021

Concernant le JOUEUR :

NOM		Prénoms	Date de naissance
Mail joueur	Téléphone portable + fixe		Catégorie
			M
Adresse si différente des parents			

Médecin traitant		Adresse	
Téléphone		Mail	

Représenté par ses parents (ou représentant légal) :

Père		Adresse	
Téléphone(s)		Mail	
Profession		Employeur	
Mère		Adresse	
Téléphone(s)		Mail	
Profession		Employeur	

Immatriculé à	Sécurité Sociale <input type="checkbox"/>	Mutualité Sociale Agricole <input type="checkbox"/>	MGEN <input type="checkbox"/>
Sous le numéro - - - - /		
Assurance Complémentaire		N°	



RUGBY CLUB LE MANS

FFR – Comité des Pays de La Loire
Code de la FFR 54001 N° Siret 447 000 007 00015

AUTORISATION DE SOIN EN CAS D'URGENCE




En cas d'urgence, un joueur mineur ou majeur, accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre de soins approprié.

La famille sera immédiatement avertie.

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
-  l'anesthésie de notre enfant ... au cas où, victime d'un accident, il nécessite une intervention chirurgicale.
-  le responsable de l'association, du comité ou de la FRR *:
 - A prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soin
 - A assurer la sortie de mon enfant uniquement en cas de blessure légère ne nécessitant pas d'hospitalisation et uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Fait à
Le 4 juillet 2020

Signatures

(*) une pièce d'identité sera demandée art. R1111-5 du Code de Santé Publique

INFORMATION COMPLEMENTAIRE

Groupe sanguin :

Traitement médical en cours : (Nom et posologie)

Allergie(s) : (Nom, facteur déclenchant, symptômes et traitement)

Le licencié : est allergique OUI NON

Si oui il (elle) est allergique à

Maladie particulière : (Nom, symptômes, précautions à prendre)

Personne à joindre en cas d'accident :

NOM :

Qualité :

Prénom :

Téléphone (portable et fixe si possible) :

