



## Modalités Pratiques " Baby Rugby " SAISON 2015/2016

### INSCRIPTION

### Moins de 05 ans - nés en 2011

#### DOCUMENTS A FOURNIR POUR DOSSIER COMPLET

- 2 Photos récentes format carte identité
- 3 enveloppes timbrées libellées à vos noms et adresse
- 1 Fiche Inscription Club + Autorisation Parentale
- 1 Justificatif Identité (copie Carte Identité ou copie livret famille parents + enfant concerné)
- 1 Attestation Assurance Responsabilité Civile pour activités extra scolaires
- 1 Certificat Médical de non contre indication
- Paiement Cotisation

#### Important :

*Les enfants du Baby rugby ne sont engagés dans aucune compétition.*

*Le retour du dossier complet doit s'effectuer dans la quinzaine qui suit la remise des documents.*

**MONTANT DE LA COTISATION : 80 € + ADHESION : 35 € (1 par famille) = 115 €**

- ✓ possibilité de paiement en 3 fois, sur les 3 mois suivants l'affiliation
- ✓ les chèques sont libellés à l'ordre du " Rugby Saint Maximinois XV "

**Le montant de la cotisation inclut :**

- L'adhésion annuelle à l'association " RSM XV "
- Le short, les chaussettes, le survêtement du club
- les goûters et animations pour l'année.

**ENTRAINEMENTS : sur les terrains du Parc Municipal des Sports de St Maximin**

#### Les Mercredis :

**de 14h30 à 15h30 (idem M06)**

*Les joueurs arrivent et repartent 10mn avant et après les horaires indiqués ci-dessus.*

#### Coordonnées DIRIGEANTS

Président	Fabrice GILBERT (Lulu)	
Secrétaire Général	Alain TIDIÈRE	
Trésorier	Francis BRUNG	
Directeur Sportif	Simon EVELEIGH	
Secrétaire EDR	Sabine OLIVEIRA	06 08 97 01 41

## FICHE INSCRIPTION " ECOLE DE RUGBY "

### 2015/2016

#### Identité du joueur

Nom	
Prénom	
Sexe	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Code Postal de naissance	
CP Département / Pays	/
Nationalité	

Pointure	Taille Survet.	Taille short

#### Représentant légal

<i>Rayer la (les) mention inutile</i>	Père	Mère	Tuteur
Nom			
Prénom			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
N° Sécurité Sociale			
Téléphone domicile			
Liste rouge	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Téléphone portable			
Téléphone travail			
Adresse électronique			
Profession			
N° Carte Fidélité Sport 2000			

**Observations Particulières** (santé, port de lunettes, déficience auditive, allergie, asthme ...) .....

.....

Autorisations CNIL OUI  NON

Cadre Administratif			
N° AS	N° licence		
11/10	09/08	07/06	05/04
M 06 + Baby	M 08	M 10	M 12
Réduction Famille (nom si différent)			
ANCV (coupon sport)			
Aides diverses (CE-Mairie - C.D....)			
Dotation donnée			



Rugby Saint Maximinois XV

## AUTORISATION PARENTALE SAISON 2015/2016

Je soussigné(e) .....

En ma qualité de : Père - Mère - Tuteur (rayer les mentions inutiles)

Autorise l'enfant : .....

Adresse de l'enfant : .....

A participer aux entraînements et compétitions organisés par le RSM XV et déclare avoir pris connaissance des Règlements de la Fédération Française de Rugby ainsi que le Règlement Intérieur du RSM XV et en accepter leur application.

A utiliser les transports (véhicules personnels, autocars) afin de participer aux compétitions officielles et amicales programmées par le RSM XV.

Autorise le responsable du RSM XV, du Comité ou de la FFR à prendre toutes dispositions en cas d'incident ou d'accident pouvant survenir à l'enfant lors des activités du RSM XV :

- à faire pratiquer tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- 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

Autorise le RSM XV à utiliser les photos de l'enfant prises lors des activités du club pour les supports de communication utilisés par le RSM XV.

**Problèmes particuliers de santé à signaler :** .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Caisse : ..... Mutuelle : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence	Téléphone Domicile ou Travail	Portable

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature du ou des représentants légaux :