Rugby Club Hyères Carqueiranne La Crau

Nationale Ecole de Rugby Labellisée Septembre 2006

DOSSIER D'INSCRIPTION

Saison 2023 / 2024

NOM : …… **Prénom** : ……

MOINS DE 14 ANS	Féminines MOIN DE 15 ans	MOINS DE 12 ANS	MOINS DE 10 ANS	MOINS DE 8 ANS
2010/2011	2009/2010/2011	2012/2013	2014/2015	2016/2017

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE POUR L'INSCRIPTION

1. **L'orignal du certificat médical qui sera généré lorsque l'étape 3 que vous allez remplir sur Oval-e aura été complètement renseignée (l'identifiant et le mot de passe vous ont été envoyés par mail),**

2. **L'autorisation de soins (jointe à ce dossier),**
3. **La fiche individuelle de renseignements (jointe à ce dossier),**

4. **L'autorisation du représentant légal (jointe à ce dossier),**
5. **L'autorisation de transport (jointe à ce dossier)**
6. **Une Photo d'identité récente,**
7. **Une pièce d'identité (ou copie du livret de famille) pour les nouveaux inscrits,**

8. **La somme de 260 € pour participation aux frais de licence, d'assurance FFR et équipement.**
   Possibilité de régler en plusieurs fois, avec chèques encaissables le 1er ou le 15 du mois (mettre la date au dos du chèque), date butoir au 15 décembre 2023.

9. **RADIO DU RACHIS CERVICAL OBLIGATOIRE POUR LES NOUVEAUX LICENCIES M 14**

Aucune Licence ne sera établie sans le Paiement Total de la cotisation

Attention : Aucun remboursement possible après envoi de la licence à la Ligue Paca

Un délai d'un mois vous est accordé pour le retour de ce dossier au-delà de cette date
L'enfant ne pourra plus s'entrainer faute d'assurance.

Stade A.VERAN – 51, Avenue Pierre de Coubertin – B.P. 171 - 83405 HYERES CEDEX
☎ 04.94.57.37.37 - 09.70.06.14.52 rchcc@orange.fr

Rugby Club Hyères Carqueiranne La Crau

CATEGORIE :

SAISON : 2023/2024

NOM :……

PRÉNOM :……

NE(E) le :…… **à** …… **DEPARTEMENT :**……

ADRESSE : (Nom et prénom du père ou de la mère à préciser si les parents sont séparés)

……

……

C.P. :…… **VILLE :**……

Profession du Père : …… **Profession de la mère :**…….

TEL DOMICILE :……

PORTABLE MERE :……

PORTABLE PERE:……

PORTABLE ENFANT : ……

Courriel Parents …….……@……
(en MAJUSCULES)

NOM ET ADRESSE ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

……

SECURITE SOCIALE :…… **N° :** …….……

MUTUELLE :…… **N° :** ……

NOM ET N° DE TELEPHONE DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

……

……

OBSERVATIONS :……

……

TAILLE : …… **POIDS :** …….. **Taille vêtements :** ……

AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL

Saison 2023 / 2024 - Catégorie ……..

(rayer les mentions inutiles)

Je soussigné (e), (Nom, Prénom)…….....

Représentant légal, en ma qualité de (Père, Mère ou Tuteur)……

De (Nom, Prénom) …….....

Date de naissance ……..

Licence N°…….

Autorise mon enfant à jouer au RUGBY CLUB HYERES CARQUEIRANNE LA CRAU affilié à la LIGUE SUD PACA RUGBY.

J'ai pris connaissance des règlements de la Fédération Française de Rugby et de la Ligue Sud Paca Rugby et j'en accepte leur application.
J'autorise le Rugby Club Hyères Carqueiranne La Crau à publier des photos de mon enfant sur tout support dont le R.C.H.C.C est détenteur.

Fait à ……., le …… (Signature)

AUTORISATION DE TRANSPORT

Saison 2023 / 2024 (y compris hors Ligue Paca)

Catégorie ……..

Je soussigné (e), (Nom, Prénom) .....

Représentant légal, en ma qualité de (Père, Mère ou Tuteur).....

De (Nom, Prénom) .....

Date de naissance .....

Licence N° .....

Autorise celui-ci à être transporté lors des déplacements du Club en AUTOCAR ou, si besoin est, dans des VOITURES PARTICULIERES conduites par des éducateurs ou accompagnateurs du Club.
Cette autorisation est également valable tout au long de l'année pour les déplacements sportifs en Ligue Paca et HORS Ligue Paca.

Fait à ……., le …… (Signature)

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, de la ligue ou de la FFR :
  - 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

Fait à : Signature

Le :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

_____

Autre 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 : _____