

# ECOLE DE RUGBY ENTENTE DE LA TÊT

## FICHE DE RENSEIGNEMENT ET D'INSCRIPTION

**NOM :** .....

**PRENOMS :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**LIEU DE NAISSANCE :** .....

### JOINDRE IMPERATIVEMENT A L'INSCRIPTION

!!! ATTENTION !!! POUR TOUT DOSSIER INCOMPLET LA LICENCE NE SERA PAS VALIDEE

#### 1. CHEQUE OU ESPECES

DE **140€** POUR LES U6, U8, U12, U14

#### 2. PHOTOCOPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DE L'ENFANT

#### 3. COMPLETER et RAMENER les pièces jointes :

- Fiche de renseignement et d'inscription
- Infos parents pour les enfants mineurs
- Fiche indispensable pour toute admission dans un établissement de soin
- Droit à l'image
- Autorisation de transport
- Taille

#### 4. UNE PHOTO D'IDENTITE

INSTAGRAM : [edr\\_entente\\_de\\_la\\_tet](#)

FACEBOOK : Entente de la Têt Ecole de Rugby

Site WEB : <https://entente-de-la-tet.fr> (toutes les infos y sont disponibles)

# FICHE PARENTS POUR LES JOUEURS MINEURS

PÈRE

MÈRE

NOMS : .....

PRENOMS : .....

ADRESSE : .....  
.....  
.....

PROFESSION:.....

TELEPHONE

PORTABLE : .....

TELEPHONE

FIXE : .....

ADRESSE

MAIL : .....

N° SECURITE

SOCIALE : .....

NOM DE LA

MUTUELLE : .....

CAISSE

D'assurance

maladie : .....

# FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS UN ETABLISSEMENT DE SOINS

Je soussigné (e) 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'école de rugby :
  - à prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissements de soins
  - à reprendre l'enfant licencié à la sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

## CONTRE-INDICATIONS MEDICALES (allergies, etc..... ) \_

.....

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'école de rugby fera appel :

- soit à votre médecin traitant
- soit au SAMU

**ET VOUS PREVIENDRA LE PLUS VITE POSSIBLE**

## COORDONNEES DE LA PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT

Téléphone fixe du Père

Téléphone fixe de la Mère

.....

.....

Portable du Père

Portable de la Mère

.....

.....

Nom et téléphone d'un ami ou voisin proche au cas où l'on ne puisse pas vous joindre

.....

## COORDONNEES DE LA PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone FIXE / PORTABLE : .....

## ETABLISSEMENT CHOISI

HOPITAL : ..... Téléphone : .....

CLINIQUE : .....

Ce choix sera bien sur respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec  
l'état de l'enfant

Date et signature du représentant légal :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

# AUTORISATION DROIT A L'IMAGE POUR MINEUR

Je soussigné (e) Mr ou Mme .....

Tuteur ou tutrice légal (e) de Mr ou Melle .....

Donnons à l'association Entente de la Têt de rugby, l'autorisation de photographe, filmer en groupe, en match, en individuel ou e portrait notre enfant (nom et prénom de l'enfant)

.....

Dans les conditions citées ci-après et publier, exposer et diffuser la photographie ou le film, le (la) représentant (e) afin de promouvoir l'Entente, le rugby en Roussillon sur différents supports existants

## Exemples :

- Publication dans les journaux et revues
- Cassettes ou CD vidéo sur un sujet désigné, à destination de tout public
- Emission de télévision nommément désignée
- Exposition de photographies nommément désignée
- Publication sur le site de l'Entente (accès non restreint)
- Publication de trombinoscope d'équipe sous format plaquette ou site internet
- etc.....

## Cette autorisation est valable sans limitation de durée

La publication ou la diffusion de l'image de notre enfant, ainsi que les légendes ou les commentaires accompagnant cette publication ou cette diffusion, ne devront pas porter atteinte à sa dignité, sa vie privée et à sa réputation

Lieu et date :

LE .....

A .....

Accord donné par le (la) mineur (e)

Signature

Lieu et date :

LE .....

A .....

Signature du représentant légal

Précédée de la mention manuscrite

« lu et approuvé »

## AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné (e) Mr ou Mme

.....

PÈRE	MÈRE	TUTEUR
------	------	--------

Autorise mon fils (Nom et Prénom) : .....

Autorise ma fille (Nom et Prénom) : .....

**A être transporté (e) par une compagnie de bus, un éducateur et un parent accompagnateur à l'occasion des rencontres sportives ou des entrainements sportifs**

Lieu et date :

LE ..... À .....

Signature du représentant légal

Précédée de la mention manuscrite

« lu et approuvé »

# TAILLES

NOM / PRENOM DU JOUEUR	
CATEGORIE	

**SHORT**

4 ans	5 ans	6 ans	8 ans	10 ans	12 ans	14 ans
16 ans	S	M	L	XL		

**CHAUSSETTES**  
POINTURE

27/30	31/34	35/38	39/42	43/46
-------	-------	-------	-------	-------

**MAILLOT**

4 ans	5 ans	6 ans	8 ans	10 ans	12 ans	14 ans
16 ans	S	M	L	XL		

**MERCI**