

***Les Loups De Pamiers-Vernajoul XIII***

# Fiche de renseignements

**LICENCIE/E- CONTACT : VIATALSPORT / FETE DES ASSOC**

Nom : ………………………………………………….. Prénom : ………………………………………………………..

Sexe :  M  F Date de naissance : ……………………… Ville : ……………………………………….

Tel : …………………………………………….. @ :……………………………………………………………………

**RESPONSABLE LEGAL :**

Nom : ……………………………………………..….. Prénom : …………………………………….…………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………………….………………….

Ville : ………………….…….…. Code Postal : ……………… Email : ………………………………..………………

Portable : ………………………Tél Domicile :……………………………Tél Bureau : ……….…………………….

**AUTRE RESPONSABLE :**

Nom : ……………………………………………….. Prénom : …………………………………….…………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………………….………………….

Ville : ………………….…….…. Code Postal : ……………… Email : ………………………………..……………

Portable : ………………………Tél Domicile :……………………………Tél Bureau : ……….…………………….

**Médecin de famille :**

Nom : ……………………………………………….. Prénom : …………………………………….…………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………………………….………………….

Ville : ………………….…….…. Code Postal : …………………………

Portable : ……………………………………….…Tél Cabinet :…………………………………………

Problème de santé ou allergies que vous souhaiteriez signaler :

…………………………………………………………………………………………………………………..….……….

……………………………………………………………………………………………………………….………………

N° Sécurité sociale : ………………………………………………………………………………………………………….

**Personnes à prévenir en cas d’urgence :**

**Nom, Prénom Préciser père, mère, Tél domicile Tél portable**

………………..………… …………………………. ………………… ………………….

……………………..…… …………………………. ………………… ………………….

………………..………… …………………………. ………………… ………………….

**A Pamiers , le** ………………………….……. **Signature :**

|  |
| --- |
| ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  **FICHE URGENCE MEDICALE**  Je soussigné (e) Mme, M ……………………………………………………………………………………………….  responsable légal de l’enfant………………………………………………………………………………………….., autorise les éducateurs de l’Ecole de Rugby, en cas d’accident ou d’urgence médicale, à appeler les service d’urgence (SAMU) ou le premier médecin disponible et à prendre toutes mesures d’urgence prescrites par le médecin.  Dans la mesure du possible, je souhaiterais que mon enfant soit dirigé vers l’hôpital ou la clinique …………………………………………………………………………………………………………………  **A………………… , le** ……………………….……. **Signature :**  ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  **FICHE TRANSPORTS**  Je soussigné (e) Mme, M ……………………………………………………………………………………………….  responsable légal de l’enfant……………………………………………………….., autorise en mon absence, les éducateurs de l’Ecole de Rugby à transporter mon (mes) enfant (s) lors des rencontres sportives à l’extérieur de la commune.  **A ………………… , le** …………………….……. **Signature :**  \*------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  AUTORISATION DROIT À L’IMAGE  Dans le cadre de notre association LPV Rugby XIII, des photos ou vidéos de votre enfant peuvent être utilisées en vue du promouvoir nos activités sur le blog/le site de l’association ou sur des journaux, prospectus, flyers.  Je soussigné(e)……………………………..……………, agissant en qualité de ……………..…………………….  O Autorise l’association LPV Rugby XIII à utiliser l’image de mon enfant ……………………………..……………  O N'autorise pas l’association LPV Rugby XIII à utiliser l’image de mon enfant ………………………..………….  Barrer la mention inutile.  A…………………………. le ……………………**Signature** : |