



# 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 2023-2024

Concernant le joueur (A remplir intégralement en majuscule):

Nom	Prénom	Date de naissance
Mail	Téléphone portable + fixe	Catégorie
		M
Adresse		
Médecin traitant	Adresse	
Téléphone	Mail	

Parents (ou représentant légal) :

Père	Téléphone	Mail
Adresse	Profession	Employeur
Mère	Téléphone	Mail
Adresse	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°	

# 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, si victime d'un accident, il nécessite une intervention chirurgicale.
- ✓ Le responsable de l'association, du comité ou de la FFR \*:
  - 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 \_\_\_\_\_ Signatures

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

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Groupe sanguin :

Traitement médical en cours (nom et posologie) :

Allergies (nom, facteur déclanchant, symptômes et traitement) :

Maladie particulière (nom, symptômes, précaution à prendre) :

**Personne à joindre en cas d'accident :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphones (portable et fixe) \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_