



Dossier d'inscription – **BABY RUGBY** – Saison 2018/2019

## Enfants nés en 2013 & 2014

Tous les **samedis hors vacances scolaires**  
de **10h30 à 12h**

*Sur l'herbe aux beaux jours & par temps sec,  
et dans le dojo de l'ASPTT en cas de pluie & en hiver.*

**Cotisation : 80€**

s'il s'agit du 2<sup>ème</sup> enfant inscrit au club : **65 €**      du 3<sup>ème</sup> enfant : **50 €**

*A joindre obligatoirement avec la demande d'inscription ou faire un chèque de caution.*

### Pièces à fournir :

- Les pages 2 à 5 de ce dossier dûment complétées et signées ;
- Certificat médical attestant de la non contre-indication à la pratique du rugby ;
- Attestation d'assurance en responsabilité civile au nom de l'enfant ;
- Photocopie (format A4) recto-verso de la carte d'identité ou du livret de famille (page concernant l'enfant) ;
- 1 photo d'identité récente ;
- Cotisation payable par chèque, espèces, carte bancaire ou autres moyens (voir ci-dessous) ;
- 6 timbres postaux.

*Merci de déposer toutes ces pièces ensemble et en une seule fois au secrétariat.*

### Equipement nécessaire :

- Pour les séances en extérieur, une simple tenue de sport suffit.
- Pour les séances dans le dojo : vêtements propres, pas de fermetures éclair, pas de ceinture, ... rien de susceptible d'abîmer les tapis. Les enfants seront pieds nus.

### Aide aux familles pour le paiement de la cotisation :

- Chèques Loisirs CAF (60 € maximum) envoyés systématiquement aux bénéficiaires
- Coupon Sport (ANCV)
- Chèques Vacances (ANCV)
- Paiement par Carte Bancaire
- A l'inscription, nous acceptons le dépôt de 3 chèques à l'ordre du RCSB, qui seront prélevés en septembre, novembre et janvier.
- Le cumul de tous ces moyens de paiement est accepté.

***Ecole de Rugby du RCSB labellisée en 2008 par la FFR***



Fiche d'inscription 2018-2019

BABY RUGBY – 1<sup>ère</sup> inscription

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : ..... Code Postal (5 chiffres) : .....

### Coordonnées

Adresse : .....

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

### Téléphone (Vous devez être joignable à tous moments lors des séances.)

Domicile : .....

Portable : .....

Professionnel : .....

Email : .....

*Cadre réservé au Secrétariat du RCSB*

1<sup>er</sup> vers<sup>t</sup>

2<sup>ème</sup> vers<sup>t</sup>

3<sup>ème</sup> vers<sup>t</sup>



## Autorisation parentale pour les mineurs

Je soussigné : NOM, Prénom ..... Qualité : .....

➤ déclare expressément autoriser le mineur désigné ci-dessous à participer aux compétitions du Comité Départemental, du Comité de Bretagne ou de la Fédération Française de Rugby.

➤ déclare décharger intégralement le président du Rugby Club Saint Briec de toute responsabilité vis à vis des tiers ou relativement au mineur lui-même lors des déplacements éventuels effectués sous ma seule et entière responsabilité.

➤ Certifie que l'enfant est apte à la pratique du Rugby.

### Identité de l'enfant

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Demeurant à : *(si adresse différente)* .....

.....

### Signature du représentant légal

## Renseignements divers

### Comment avez-vous connu le club ?

Affichage	<input type="checkbox"/>	Commune, quartier de diffusion : .....
Presse	<input type="checkbox"/>	Prospectus <input type="checkbox"/> Site Internet <input type="checkbox"/>
Relations	<input type="checkbox"/>	Ami, famille, autre : .....
Scolaire	<input type="checkbox"/>	Commune, établissement : .....
Autre	<input type="checkbox"/>	Forum Associations, etc. : .....

### Seriez-vous intéressé à vous investir dans le club, pour nous aider, même ponctuellement ?

Oui  Non

### Le cas échéant, précisez

Aide aux éducateurs  Animations  Educateur

### N'hésitez pas à nous faire part de vos suggestions ou compétences particulières

.....  
 .....  
 .....



## Droit à l'image

Je soussigné,

NOM : .....	Prénom : .....
Qualité : Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/> Tuteur / Tutrice <input type="checkbox"/>
Demeurant à : .....	
.....	

autorise : OUI  NON  (cochez la case désirée)

le Rugby Club Saint-Brieuc ou le Comité de Bretagne de Rugby à utiliser éventuellement sur le site Internet du club, du Comité, sur des comptes-rendus de presse, de télévision ou sur d'autres supports d'édition ou de publicité (numérique, magnétique, imprimé ou autre) l'image de mon enfant prise lors de manifestations organisées par le club ou le Comité (entraînements, rencontres, tournois, voyages, etc ...).

En aucun cas ces photographies ne pourront être accompagnées de textes ou légendes péjoratives et/ou préjudiciables aux personnes photographiées.

Contrepartie : La présente autorisation est consentie à titre gratuit.

Si autorisation pour mineur, désignation de l'enfant :

NOM : .....	Prénom : .....
Né(e) le : .....	à : .....
Demeurant à : (si adresse différente) .....	
.....	

Fait à : ..... Le : .....

**Signature** (précédée de la mention « lu et approuvé, bon pour autorisation ») :

## Autorisation de soins en cas d'accident 2018-2019

Je soussigné (NOM, Prénom et qualité) : .....

En cas d'accident de (nom, prénom du licencié) : .....

autorise le responsable de l'équipe, de l'association, du Comité ou de la FFR présent :

- ➔ à prendre les dispositions pour toutes les interventions médicales ou chirurgicales qui seraient nécessaires,
- ➔ 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.

### Personnes à contacter en cas d'urgence

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	NOM : .....	Prénom : .....
	Profession : .....	Tél trav. : _____
	Rue : .....	Tél dom. : _____
	Ville : .....	Tél mob. : _____
	Code postal : _ _ _ _ _	Mail : .....

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	NOM : .....	Prénom : .....
	Profession : .....	Tél trav. : _____
	Rue : .....	Tél dom. : _____
	Ville : .....	Tél mob. : _____
	Code postal : _ _ _ _ _	Mail : .....

### Médecin traitant

NOM : .....	Téléphone : .....
Adresse : .....	

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Allergie(s) éventuelle(s) : .....

Fait à : ..... Le : .....

**Signature** (précédée de la mention « lu et approuvé, bon pour autorisation ») :