



## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Taille: .... m.....

Poids: ..... kgs

Taille vêtements:

Haut: .....

Bas: .....

Pointure: .....

Etablissement scolaire fréquenté: .....

Classe: .....

## INFORMATIONS MEDICALES

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies et/ou les maladies suivantes:

ASTHME

oui

non

ALIMENTAIRES

oui

non

MEDICAMENTEUSES

oui

non

AUTRES (animaux, plantes, pollen)

oui

non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**  
(si automédication, le signaler)

.....  
.....

L'enfant présente-t-il un **problème de santé particulier** qui nécessite la **transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter**:  oui  non

.....  
.....

**Recommandations utiles des parents:**

(port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant)

.....  
.....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS (FACULTATIF)

Représentants légaux

Profession

Nom et adresse de l'employeur

Père:

.....

.....

.....

Mère:

.....

.....

.....

## SITE INTERNET DU CLUB

Afin de vous tenir informé sur l'actualité du club, vous pouvez consulter les supports suivants:

site internet du CSV: **[www.csvrugby.fr](http://www.csvrugby.fr)**

page Facebook du CSV: **[www.facebook.com/pages/CSVillefranche](http://www.facebook.com/pages/CSVillefranche)**

les photos de Louis Peyron: **<http://picasaweb.google.com/Louispey>**

## CATEGORIES + REPRISE ENTRAINEMENTS

<b>MINIMES:</b>	nés en 1999 et 2000	reprise le mercredi 03 Septembre (18h30)
<b>CADETS:</b>	nés en 1997 et 1998	reprise le lundi 19 Août (18h30)
<b>JUNIORS:</b>	nés en 1995 et 1996	reprise le lundi 19 Août (19h)

## MONTANT DE LA COTISATION ANNUELLE

			<b>Ces montants comprennent:</b>
<b>MINIMES:</b>	<b>180 €</b>	}	* Coût de la licence
<b>CADETS:</b>	<b>210 € (1)</b>	}	* Coût de l'assurance
<b>JUNIORS:</b>	<b>210 € (1)</b>	}	* Fourniture d'1 Short
<b>SENIORS:</b>	<b>240 €</b>	}	* Fourniture d'1 paire de chaussettes
<b>VETERANS:</b>	<b>150 €</b>	}	* Participation aux frais de transport en car (1) + 1 chasuble pour les Cadets et Juniors

**Réduction Famille:** une remise de 10 % est accordée à partir de la 2<sup>ème</sup> licence dans une même famille.

**Aides possibles:** les détenteurs de la **Carte M'ra** se verront rembourser la somme de 30 €  
(sur présentation de la carte, et après acceptation par cet organisme).

Par ailleurs, nous sommes habilités à accepter les **Chèques-Vacances** et les **Coupons Sports**, émis par l'ANCV et délivrés par les employeurs ou comités d'entreprise, pour régler tout ou partie de la cotisation.

**Modalités de paiement:** soit en totalité (le chèque sera encaissé le 15 Septembre), soit en 2 fois (chèques encaissés les 15 Septembre et 15 Octobre), soit en 3 fois (15 Septembre, 15 Octobre et 15 Novembre), soit en 4 fois (15 Septembre, 15 Octobre, 15 Novembre et 15 Décembre).  
Ne pas hésiter à prendre contact avec le Secrétariat en cas de difficulté (04-74-65-24-02).

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

Ce dossier est à nous retourner, complété et signé, dès que possible et au plus tard pour la reprise de l'entraînement, accompagné des pièces suivantes:

- Demande de renouvellement d'affiliation (avec signature et cachet du médecin)
- 1 photocopie de la carte d'identité (ou page du livret de famille) pour les nouveaux licenciés
- 2 photos d'identité (noter au dos: nom, prénom, catégorie ou date de naissance)
- Le ou les chèques de cotisations (**ne seront remis en banque qu'aux dates indiquées au dos**)

## MODIFICATION DE COORDONNEES

Dans un souci de bonne organisation, et surtout si nous devons vous joindre en urgence, nous vous remercions de bien vouloir informer le secrétariat du club de tout changement dans vos coordonnées telles qu'adresse, numéros de téléphone, adresse mail, ....

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS**

Je soussigné(e), .....  
agissant en qualité de PERE, MERE ou TUTEUR (rayer les mentions inutiles), détenteur de l'autorité parentale, autorise le jeune:

Nom, prénom: ....., âgé de: ..... ans

et demeurant: .....  
à pratiquer le rugby, en compétition, au sein du Cercle Sportif de Villefranche pour la saison 2012 – 2013. J'ai pris connaissance des règlements de la Fédération Française de Rugby, ainsi que du Comité Régional, et en accepte leur application.

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, du Comité ou de la FFR
  1. à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
  2. à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'impossibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Signature:

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Coordonnées des personnes à joindre en cas d'accident:

NOM et Prénom: ..... NOM et Prénom .....

Qualité: ..... Qualité .....

Téléphone: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ Téléphone: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_

Coordonnées du médecin traitant:

NOM et Prénom: .....

Adresse: .....

..... Téléphone: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_