



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SAISON 2024-2025

**Catégorie** : .....

**NOM** : .....  
(Nom tel qu'il apparaît sur la pièce d'identité)

**Prénom** : .....

**Date de naissance** : .....

**Lieu de naissance** : .....

**Code postal de naissance** : .....  
(Pour les personnes nées à l'étranger, le code postal est 99000)

**Sexe** :            Masculin            Féminin

**Nationalité** : .....

**Complément d'adresse** : .....

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

### TELEPHONES - MAILS

**Téléphone Domicile** : \_ \_ \_ \_ \_

**Coordonnées Joueur** : Tél : \_ \_ \_ \_ \_            **Mail** : .....

**Coordonnées Père** :

**Nom et prénom** : .....

**Tél** : \_ \_ \_ \_ \_

**Mail** : .....

**Coordonnées Mère** :

**Nom et prénom** : .....

**Tél** : \_ \_ \_ \_ \_

**Mail** : .....

*(Très important : nous communiquons principalement par mail)*

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

**Taille vêtements** :    **Haut** : .....    **Bas** : .....    **Pointure** : .....

Les tailles indiquées seront les tailles distribuées.

**Etablissement scolaire fréquenté** : .....            **Classe** : .....



## INFORMATIONS MEDICALES

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

ASTHME  OUI  NON      MEDICAMENTEUSES NON  OUI  NON  
ALIMENTAIRES  OUI  NON      AUTRES (animaux, plantes ...)  OUI  NON

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

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

L'enfant a-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (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

Représentants légaux

Profession

Nom et adresse de l'employeur

Père :

.....

.....

.....

Mère :

.....

.....

.....

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information, et m'engage à respecter la charte du parent, et à faire respecter la charte du joueur par mon enfant.

Fait à : ..... Le \_\_\_\_\_

Signature :

**Cercle Sportif de Villefranche**

Complexe rugbystique de l'Escale  
Route de Nuits - 69400 ARNAS

✉ : [secretariat@csvrugby.fr](mailto:secretariat@csvrugby.fr) - ☎ : 04 74 65 24 02

🌐 : [www.csvrugby.org](http://www.csvrugby.org)

SIRET : 402 175 186 000012