



**Club: SAVIGNY RUGBY SENART**

**INSCRIPTION 2015/2016**

**Adresse du stade :** Stade d'honneur Jean Bouin

avenue Jean Moulin - 77176 Savigny Le Temple

**Site Internet :** <http://rugby-senart.fr/>

**E-mail du club :** [contact@rugby-senart.fr](mailto:contact@rugby-senart.fr)

**POUR LES ANCIENS :**

*Compléter et joindre les documents suivants :*

- ✓ Cette double page avec tous les renseignements demandés + droit à l'image.
- ✓ La photocopie de l'attestation de carte vitale mise à jour ;
- ✓ 2 photos d'identité.
- ✓ Le certificat médical FFR, à faire signer par votre médecin.

**POUR LES NOUVEAUX :**

*Compléter et joindre les documents suivants :*

- ✓ La double page avec tous les documents demandés + droit à l'image.
- ✓ La photocopie de l'attestation de carte vitale mise à jour ;
- ✓ La photocopie de la carte d'identité de l'enfant ou livret de famille ;
- ✓ 1 Photo d'identité.

**POUR TOUS :**

- Le montant de la cotisation qui correspond au prix de la licence + l'équipement du joueur (Short, chaussettes et maillot selon la catégorie)
- (Tarifs dégressifs de 10% à partir du 2<sup>ème</sup> enfant sur la part club).
- Elle est exigible en début de saison pour pouvoir activer la licence
- Elle peut être réglée en 3 chèques à l'ordre de **Savigny Rugby Sénart**

**Important :**

- Renseignez- vous auprès de votre comité d'entreprise pour le remboursement de la cotisation.

**Nom**

.....

**Prénom :**

.....

**Catégorie :**

.....



## FICHE D'INSCRIPTION

SAISON 2015/2016



Je soussigné(e),

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant désigné ci-dessous,

- autorise mon enfant : \_\_\_\_\_

à pratiquer le rugby en compétition dans sa catégorie d'âge au sein du club :

### SAVIGNY RUGBY SENART

- déclare l'inscrire pour la saison **2015/2016** au club de **Savigny Rugby Sénart**
- déclare autoriser le club à diffuser toute image, photo de mon enfant, sa silhouette, sa voix, sur notre site officiel Internet, ses affiches, ses brochures ou tout autre support relatif à l'activité sportive du club y compris la presse.
- autorisation CNIL : OUI NON (rayer la mention inutile)

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la Fédération et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez NON, les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaires

la catégorie (cocher la case correspondante) :

<b>Lutins</b> (5 ans révolus)	2010	<input type="checkbox"/>
<b>Mini poussins</b> (moins de 8 ans)	2009-2008	<input type="checkbox"/>
<b>Poussins</b> (moins de 10 ans)	2007-2006	<input type="checkbox"/>
<b>Benjamins</b> (moins de 12 ans)	2005-2004	<input type="checkbox"/>
<b>Minimes</b> (moins de 14 ans)	2003-2002	<input type="checkbox"/>
<b>Cadets</b> (moins de 16 ans)	2001-2000	<input type="checkbox"/>
<b>Juniors</b> (moins de 18 ans)	1999-1998	<input type="checkbox"/>
<b>Séniors</b> (plus de 18 ans)		<input type="checkbox"/>

noté que le short et chaussettes sont gratuits et fournis par le club

- J'ai pris connaissance des statuts de l'association.

- Je m'engage à régler le montant de la cotisation (cocher votre choix) :

- 180€ pour toutes les catégories jusqu'à 14 ans
- 215€ pour les cadets (-16 ans) et les juniors (-18 ans)
- 130€ pour les séniors.

Ces tarifs comprennent la licence (Cotisation F.F.R.+ assurance + Club S.R.S) et l'équipement du joueur (maillot, short, chaussettes)

**La cotisation est exigible en début de saison.**

Je paie comptant \_\_\_\_\_

Je choisis le paiement en 3 fois et je remets \_\_\_\_\_ Chèque(s) déposés à 1 mois d'intervalle

à l'ordre de S.R.S (SAVIGNY RUGBY SENART)

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS



## Important !

Pour être sûr de recevoir les news du club  
veuillez-vous inscrire sur le site :  
<http://www.rugby-senart.fr>

## LE JOUEUR

Nom : \_\_\_\_\_ **Tous** les prénoms : \_\_\_\_\_

Sexe :  Garçon  Fille

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Code postal de naissance (99000 si né à l'étranger) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Taille Maillot

XXS - XS - S - S1 - S2  
M - L - XL - XXL

Short

XXS - XS - S - S1 - S2  
M - L - XL - XXL

Pointure

Numéro de sécurité sociale (15 chiffres : N°+ clé): \_\_\_\_\_

Avez-vous une mutuelle ?  Oui  Non

Numéro(s) de téléphone(s) où vous pouvez être joint rapidement :

Mère (nom prénom) : \_\_\_\_\_ Tel (fixe + portable) : \_\_\_\_\_

Père (nom prénom) : \_\_\_\_\_ Tel (fixe + portable) : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE TRANSPORT

Je, soussigné, Madame, Monsieur (rayer la mention inutile) : \_\_\_\_\_

autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à être transporté occasionnellement en  
car, ou dans la voiture d'un dirigeant ou d'un éducateur du club S.R.S. pour la saison en cours  
déclare ne pas engager la responsabilité d'un conducteur, dûment assuré, le transportant dans son véhicule.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du père, de la mère ou du responsable légal.

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 :
  - 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

Fait à :

Signatures

Le :

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable et fixe si possible) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT **FFR**

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 :
  - 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

Fait à :

Signatures

Le :

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable et fixe si possible) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_