



# Fiche de Renseignements

Obligatoire pour tout licencié



Informations Relatives au licencié	Club	Durance Luberon Verdon XV Comité Départemental Rugby 04		Catégorie		Photographie
	Nom		Prénom			
	Sexe		Né(e) le			
	Lieu de Naissance		Dép. Pays			
	Adresse Postale					
	@Email		Tél.			
	Autorisation CNIL	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la FFR 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.

**Ces informations sont garanties de votre affiliation à la FFR. Elles doivent être rigoureusement identiques au justificatif d'identité. Tout dossier non conforme sera refusé et nécessitera la reprise de la procédure d'affiliation depuis le début**

### Personnes à contacter en cas de besoins

(1)	Nom (Qualité)		Tél.	
(2)	Nom (Qualité)		Tél.	
(3)	Nom (Qualité)		Tél.	

### Droit à l'image

Je soussigné(e) (Nom, Prénom, Qualité)		Fait à	
(pour les mineur) Responsable légal(e) de		Le	... / ... / 20...
<input type="checkbox"/> Autorise le club DLV XV, le Comité Départemental 04 et la FFR à utiliser mon image (ou l'image de mon enfant) qui pourrait apparaître sur les photos du club utiles à l'édition de documents internes, calendriers, site du club et uniquement pour ces usages. En cas de toute autre utilisation une autorisation spécifique devra m'être demandée		Signature(s)	
<input type="checkbox"/> n'autorise pas le club à utiliser mon image (ou l'image de mon enfant) pour quelque usage que ce soit <b>HORMIS LA LICENCE</b>			

### Informations Complémentaires (facultatives)

Groupe Sanguin		Allergie(s)		Contre indication Alimentaire	
Médecin Traitant		Nom (Adresse)		Tél.	
Assurances	Régime d'Assurance Maladie				
	N° INSEE (Sécurité Sociale)				
Mutuelle complémentaire	Nom et Adresse de la mutuelle				
	N° d'adhérent				

**A compléter, signer et renvoyer à [affiliations.dlvxv@gmail.com](mailto:affiliations.dlvxv@gmail.com)**  
**Obligatoire pour tout licencié**



# Fiche de Renseignements

Obligatoire pour les mineurs



Licencié	Club	Durance Luberon Verdon XV Comité Départemental Rugby 04		Catégorie	
	Nom		Prénom		Né(e) le ..... / ..... / 20 .....

Représentants légaux					
Mère	Nom	(Mère)	Prénom		Adresse postale
	@Email		Profession		
	Téléphone				
Père	Nom	(Père)	Prénom		Adresse postale
	@Email		Profession		
	Téléphone				
Tuteur	Nom	(Tuteur)	Prénom		Adresse postale
	@Email		Profession		
	Téléphone				

Autorisation de Transport	
<p><b>Je soussigné(e)</b> (Nom, Prénom, Qualité) _____</p> <p><b>responsable légal de l'enfant mineur</b> _____</p> <p><b>autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport (autocar et minibus) mis à disposition par le club DLV XV par le Comité Départemental 04 ou par la FFR pour toutes activités organisée, notamment les déplacements pour les tournois.</b></p> <p><b>Je reconnais avoir pris connaissance de cette information et en accepte les conditions.</b></p>	<p>Fait à .....</p> <p>le ..... / ..... / 20 .....</p> <p>Signature(s) Représentant(s) Légal(aux)</p>

Autorisation de Transport	
<p><b>Je soussigné(e)</b> (Nom, Prénom, Qualité) _____</p> <p><b>responsable légal de l'enfant mineur</b> _____</p> <p><b>autorise par la présente en cas d'accident :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire</li> <li>- Le responsable de l'association DLV XV, du Comité Départemental 04 ou de la FFR: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; A prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins</li> <li>&gt; A reprendre l'enfant à sa sorti, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur</li> </ul> </li> </ul>	<p>Fait à .....</p> <p>le ..... / ..... / 20 .....</p> <p>Signature(s) Représentant(s) Légal(aux)</p>

Personnes à contacter en cas d'accident	Nom		Qualité		Tél.	
	Prénom					
Médecin traitant	Nom		Qualité		Tél.	
	Prénom					
	Adresse					

A compléter, signer et renvoyer à [affiliations.dlvxv@gmail.com](mailto:affiliations.dlvxv@gmail.com)

Obligatoire pour les mineurs