



N° de licence :

Club : 0453P / R C YVETOTAIS

Date de demande : 16/09/2015

Comité : 3019G / NORMANDIE

DOSSIER : 20154636

## QUALITES DEMANDEES :

à créer :  
Joueur éducatif

Nom : DUPOND

Prénom : JEAN lignes pré-remplies  
Date de naissance : 01/01/1900 A VERIFIER AVANT  
Sexe : masculin DE SIGNER

Les informations sont garanties de votre affiliation à la FFR. Elles doivent être rigoureusement  
conformes aux justificatifs d'identité. Tout dossier non conforme sera refusé et nécessitera la  
prise de la procédure d'affiliation depuis le début.

Lieu de naissance : YVETOT  
Nationalité : Française

Adresse\* : rue RETIMARE lignes pré-remplies  
76190 YVETOT A VERIFIER AVANT  
Téléphone portable\* : DE SIGNER  
E-mail\* : 0606060606

## REPRESENTANTS LEGAUX

Nom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Qualité \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Qualité \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_

## PIECE(S) A JOINDRE

- Dans le cas d'un AS de modification, les justificatifs d'identité ne sont pas obligatoires
- 1 photo format identité 3,5 x 4,5 cm ou photo numérique sur l'intranet
  - Justificatif d'identité ou Photocopie du passeport
  - Autorisation de soin en cas d'accident (en possession du club)

## LE DEMANDEUR DECLARE PAR LA PRESENTE

- Accepter d'être domicilié au siège du club auprès duquel il est rattaché.
- Accepter de se soumettre à toutes les décisions ou sanctions qui lui seraient infligées par la FFR ou un Comité Territorial en sa qualité de licencié à la FFR.
- Refuser que les renseignements figurant sur le présent document soient utilisés par la FFR à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.
- Être informé qu'il possède un droit d'accès et de rectification auprès de la FFR pour les renseignements à caractère personnel le concernant (L. informatique et liberté du 06 Janv. 1978).

Déclaration du licencié ou de ses représentants légaux pour les mineurs (recopier manuscritement la phrase ci-après)

Je certifie ne pas avoir été qualifié à la F.F.R. durant la saison 2014/2015 et confirme les informations relatives à mon identité

## INFORMATIONS RELATIVES AUX ASSURANCES ET AUX PRECAUTIONS A PRENDRE AFIN DE PRATIQUER LE RUGBY

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom et qualité si représentants légaux) \_\_\_\_\_

reconnais avoir été informé(e) par la FFR, par mon Comité Territorial et par mon club :

des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.  
des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par intermédiaire de ma tolérance souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure au dos du présent document.  
de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.

Je reconnais avoir lu et pris connaissance des informations figurant au recto et au verso du présent document et me permettant en particulier de porter la limite des garanties de 3 à 4,5 M€ maximum pour les IPP importantes.

## DECLARATION DU LICENCIÉ OU DE SES REPRESENTANTS LEGAUX POUR LES MINEURS - A recopier manuscritement

/ Je reconnais avoir lu et pris connaissance des informations figurant au recto et au verso du présent document

recopier phrase ci dessus (mot pour mot)

Option 1 : "Je décide de souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes"

recopier option 1 ou option 2 (selon votre choix)

## OU BIEN

Option 2 : "Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause"

## NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS POUR LE CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Le Comité Médical et ses différents experts ont rédigé le document "Visite Médicale de non contre-indication à la pratique du rugby / Aide à la consultation" que vous pouvez consulter sur le site [www.ffr.fr](http://www.ffr.fr) à la rubrique : AU CŒUR DU JEU / COMITE MEDICAL / REGLEMENT MEDICAL. En cas d'interrogation, vous pouvez joindre le Président de la Commission de votre Comité ou un membre du Comité Médical en sollicitant leurs coordonnées auprès du secrétariat médical ([secretariat.medical@ffr.fr](mailto:secretariat.medical@ffr.fr)).

## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Je soussigné, atteste que M HOUEL KENZO ne présente aucune contre-indication :

[ ] A la pratique du rugby éducatif

Nombre de cases cochées : 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]

La non contre-indication à la pratique du rugby en compétition valide la non contre-indication à la pratique de l'arbitrage en compétition et/ou la non contre-indication à l'entrainement.  
Aucune rature n'est autorisée.

Date \_\_\_\_\_

Signature et cachet du praticien \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE VALIDATION

(Dates et signatures)

Par le demandeur \_\_\_\_\_ Par les représentants légaux \_\_\_\_\_

signature signature(s)  
joueur parent(s)

Par le secrétaire du club \_\_\_\_\_

(cachet du club)

Par le secrétaire du Comité Territorial \_\_\_\_\_

(cachet)