



QUALITES DEMANDEES :

A créer :

Joueur compétition
DC4 / EBF
DAT Dirigeant Accès Terrain

Affiliation d'un nouveau licencié
Les qualités seront demandées par le club
en fonction des compétences on peut être
dirigeant, éducateur, entraîneur sur la
même licence unique

Nom : ~~XXXXXXXXXX~~

Prenom : ~~XXXXXXXXXX~~

Né(e) le : ~~XXXXXXXXXX~~

Sexe : ~~XXXXXXXXXX~~

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

Lieu de naissance : BREST

Nationalité : France

Adresse* : 6 ~~XXXXXXXXXX~~

25 ~~XXXXXXXXXX~~

Téléphone fixe* : 02 ~~XXXXXXXXXX~~

Téléphone portable* : 06 ~~XXXXXXXXXX~~

Téléphone professionnel* : 02 ~~XXXXXXXXXX~~

E-mail* : ~~XXXXXXXXXX~~

PIECE(S) A JOINDRE

Dans le cas d'un AS de modification, les justificatifs d'identité ne sont pas obligatoires

- 2 photos format identité 3,5 x 4,5 cm (dont 1 agrafée à cette AS pour archivage et 1 conservée au club pour la licence)
- Justificatif d'identité
- Photocopie du diplôme d'éducateur

- 1 seule photo
- pas de photocopie de diplômes pour les entraîneurs, éducateurs
sauf originaire d'un autre comité
- justificatif d'identité : Photocopie CI ou livret de famille

LE DEMANDEUR DECLARE PAR LA PRESENTE

- **Accepter** d'être domicilié au siège de l'association auprès de laquelle 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 licenciés à la FFR.
- **Accepter*** que les renseignements figurant sur le présent document soient utilisés par la FFR à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.
- **Etre informé** qu'il possède un droit d'accès et de rectification auprès de la FFR pour les mêmes renseignements (loi informatique et libertés du 6 janvier 1978).

Ces mentions seront saisies par le secrétariat du Club en fonction de votre fiche de renseignement

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

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom et qualité si représentants légaux) _____ *- A renseigner*

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

- 1/ 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.
- 2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure au dos du présent document.
- 3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.
- 4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent 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

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

Recopier manuscritement la phrase ci dessus

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

Si vous comptez souscrire aux garanties complémentaires recopier la phrase ci dessus

(Le demandeur doit remplir une demande d'adhésion accompagnée d'un chèque bancaire ou postal à l'ordre de la CGA Rugby d'un montant correspondant au montant de la prime totale due)

OU BIEN

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

Dans le cas contraire recopier ici la phrase ci dessus

NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS POUR L'ATTESTATION DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Cher Confrère,

La Commission Médicale a édité à votre intention un document dit "Passeport Médical" qui doit accompagner cet imprimé ou peut être imprimé sur internet : www.ffr.fr/index.php/ffr/rugby_francais/commission_medicale/passeport_medical. Les différents indices et informations contenus dans le Passeport Médical vous sont fournis à titre indicatif, afin que vous disposiez, si nécessaire, d'un guide dans votre processus décisionnel. Il vous appartient cependant de déterminer librement les examens et les avis spécialisés qui vous seront nécessaires. Le passeport médical permet en particulier le suivi de : **Symptomatologie rachidienne, Radiographie du rachis cervical, indice de TORG et PAVLOV, IRM, Profil médical SIGYROP, antécédents cliniques, médicaux, allergiques, Visites médicales.** En cas d'interrogation, vous pouvez joindre le Président de la Commission Médicale de votre Comité Territorial. Ses coordonnées seront fournies sur demande auprès de la FFR (01.53.21.15.15). Toutes ces informations complémentaires sont disponibles sur le site Internet de la FFR : www.ffr.fr/index.php/ffr/rugby_francais/commission_medicale/passeport_medical

ATTESTATION MEDICALE DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Je soussigné, atteste que M. ~~XXXXXXXXXX~~ ne présente aucune contre-indication :

A faire signer et tamponner par votre medecin
Si besoin faire valider 1ère ligne

- A la pratique du rugby en compétition :
 - Pour jouer (RAYER si non autorisé)
 - Pour jouer en première ligne (RAYER si non autorisé première ligne)
 - Pour entraîner (RAYER si non autorisé)
 - A être dirigeant accès terrain DAT (RAYER si non autorisé)

Date

Signature et cachet du praticien

DEMANDE DE VALIDATION

(Dates et signatures)

Par le demandeur

Dater, signer par le demandeur (joueur majeur)

Par le secrétaire du club
(cachet du club)

Reservé Club

Par le secrétaire du Comité Territorial
(cachet)

Reservé Com BZH

