



COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE RUGBY DU NORD

AUTORISATION PARENTALE 2018/2019

Je soussigné-e Nom et prénom :

Adresse :

Adresse mail (en majuscule) :tel. Fixe.....

Tel. Portable (père).....tel. portable (mère).....

AGISSANT EN QUALITÉ DE MÈRE /PÈRE / REPRÉSENTANT LÉGAL (rayer la mention inutile)

AUTORISE ma fille dont l'identité figure ci-dessous à pratiquer le rugby et à participer aux rassemblements, entraînements, stages, matches, tournois, challenges et déplacements y afférents, organisés par le Comité Départemental de Rugby du Nord.

Nom :Prénom.....

Date de naissance.....n° Sécurité Sociale.....

Assurance complémentaire (Cie. et n° contrat) :

Contres indications médicales et ou allergies connues :

Etablissement scolaire fréquenté : nom et ville :

AUTORISE les dirigeants du Comité Nord de Rugby :

- à faire pratiquer sur ma fille tout examen, soin, ou intervention chirurgicale d'URGENCE.

Ce choix sera respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de la patiente : OUI – NON (rayer la mention ne convenant pas).

- à prendre en charge à la sortie administrative du centre hospitalier ou clinique ma fille en cas d'accord du médecin ou chirurgien : OUI – NON (rayer la mention ne convenant pas).

- à utiliser des photographies de ma fille à des fins non lucratives et uniquement dans le cadre de notre communication interne : OUI – NON (rayer la mention ne convenant pas).

UNIQUEMENT POUR LES LICENCIÉES FFR

Nom du club :N° licence.....taille tee-shirt.....

Fait à :le.....

Signature (précédée de la mention manuscrite **lu et approuvé**
Bon pour autorisation ci-dessus)

Ce document dont la remise est obligatoire à la première participation ne sera demandé qu'une seule fois pour la saison