



Cercle Sportif Grésivaudan Belledonne

INSCRIPTION SAISON 2015.2016

- 14 ans (2002/2003) - 12 ans (2004/2005) - 10 ans (2006/2007) - 8 ans (2008/2009) - 6 ans (2010) - 5 ans (2011)

Cotisation : **140€** (incluant : assurance, cotisation F.F.R, goûters, déplacements en car, chaussettes, short)
2^{ème} enfant : **130 €** 3^{ème} enfant : **120 €** U6 : 120€ Section Baby (2011): 75€

Identité de l'enfant :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse : Code postal de naissance :
.....
Code postal et ville :
N° Sécurité sociale :
Pointure chaussette : Taille* short :
* XS, S, M, L, XL

Identité des parents ou tuteurs :

NOM du père : Prénom :
Adresse (si différentes) : Tél fixe : / / / /
..... Tél portable : / / / /
Courriel @ : @
Code postal et ville :
Profession du père :

NOM de la mère : Prénom :
Adresse (si différentes) : Tél fixe : / / / /
..... Tél portable : / / / /
Courriel @ : @
Code postal et ville :
Profession de la mère :

Pièces à fournir :

Cotisation payable par chèque, CB ou espèces (possibilité de faire plusieurs chèques)

Photocopie de la carte d'identité (recto/verso) ou du livret de famille

Un imprimé « DEMANDE D'AFFILIATION FFR » vous sera remis.

Il devra être rempli par le représentant légal (merci de remplir *TOUTES* les rubriques).

Le médecin devra **dater, signer et apposer son cachet** dans la case « Attestation médicale » puis retourner au club.

J'inscris mon enfant pour faire du rugby : loisir ou compétitions ou je ne sais pas (rayer les mentions inutiles)

Je reconnais avoir lu le règlement de l'école de rugby ainsi que la charte que j'appliquerais
Date et signatures des parents et de l'enfant:



Cercle Sportif Grésivaudan Belledonne

AUTORISATION DE SOINS 2015/2016 EN CAS D'URGENCE

Identité du joueur :

Nom : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____ à : _____
Adresse : _____

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, l'école de rugby fera appel :

- _____ soit à votre Médecin traitant
- _____ soit au SAMU ou aux pompiers

Il est donc indispensable que nous puissions connaître vos coordonnées téléphoniques familiales et professionnelles.

Personne à contacter en cas d'urgence :

Père Nom : _____ Prénom : _____
 Mère Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Poste : _____

Autre personne susceptible de vous joindre rapidement :

Nom : _____ Prénom : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____
Téléphone travail : _____ Poste : _____

Médecin traitant :

Nom : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

Je soussigné : Nom/Prénom : _____ Qualité : _____
- _____ Autorise tout examen, soin ou intervention
chirurgicale nécessaires

- _____ Autorise le responsable de l'école de rugby :
- _____ à demander l'admission en établissement de soins,
- _____ à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas
d'indisponibilité absolue des parents

Fait à : _____ Le : _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé, bon
pour autorisation et décharge de responsabilité »)



Cercle Sportif Grésivaudan Belledonne

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL POUR LES DEPLACEMENTS

Je soussigné(e) Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Responsable légal de l'enfant : _____

Né(e) le : _____ à : _____

1. Autorise mon enfant à participer aux déplacements en autocars ou en voiture (co-voiturage) dans le cadre des rencontres prévues par l'école de rugby du CS Grésivaudan Belledonne pour la saison 2015/2016

2. Atteste que mon enfant est garanti par une assurance responsabilité civile et par une assurance individuelle accidents corporels souscrite pour les accidents susceptibles de lui survenir ou ceux qu'il pourrait causer à l'occasion de ce déplacement.

Compagnie d'assurance : _____ N° de police : _____

A _____ le : _____

Signature



Cercle Sportif Grésivaudan Belledonne

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Nom : _____ Prénom : _____

Qualité : Père Mère Tuteur / Tutrice

Adresse : _____

Autorise l'école de rugby du CS Grésivaudan Belledonne à utiliser sur le site du club, sur des comptes-rendus de presse, de télévision ou sur d'autres supports d'édition ou de publicité l'image de mon enfant prise lors de manifestations organisées par le club ou le Comité des Alpes (entraînements, tournois, voyages etc...).

En aucun cas ces photographies ne pourront être accompagnées de textes ou légendes péjoratives et/ou préjudiciable aux personnes photographiées.

Contrepartie : la présente autorisation est consentie à titre gratuit.

Oui

Non

Désignation de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse (si différente) _____

Fait à : _____ Le : _____

Signature (précédé de la mention
« lu et approuvé, bon pour autorisation)



Cercle Sportif Grésivaudan Belledonne

VILLARD BONNOT LE :

ATTESTATION D'ADHESION

Je soussigné, Monsieur René Mastromauro, Président du CSGB Rugby, certifie que le joueur, dirigeant, éducateur, entraîneur :

Est inscrit au club **Cercle Sportif Grésivaudan Belledonne**, pour la saison 2015 - 2016

Le montant de sa cotisation pour cette saison s'élève à : euros

Le Président