



Tel : 06 27 19 19 11

Mail : vincent.tison@rclons64.fr

Stade Municipal Complexe Georges Martin Avenue de Pau 64140 LONS

Site Internet : www.rclons64.fr

Cadets : Garçons nés en 2007 et 2008

Juniors : Garçons nés en 2004, 2005, 2006

Tel : 0

Mail :

Stade

Site I

Cade

Junio

AUTORISATION PARENTALE A PRATIQUER LE RUGBY POUR LA SAISON 2022/2023

JE (NOUS) SOUSSIGNE (ONS),

Rayer éventuellement la (les) mention(s) inutile(s) et modifier les informations erronées

M. MME (PRENOM(S), NOM(S))

Domicilié(e)(s)

☎ Fixe :

✉ Mail Père : ① Portable père :

✉ Mail Mère : ① Portable mère :

NE REMPLIR LA RUBRIQUE SUIVANTE QUE SI LES PARENTS SONT SEPARÉS

Rayer éventuellement la (les) mention(s) inutile(s)

M. MME (PRENOM(S), NOM(S))

Domicilié(e)(s)

☎ Fixe : ✉ Mail : @

☎ Portable père : ① Portable mère :

TUTEUR(S) LEGAL(AUX)

Domicilié(e)(s)

☎ Fixe : ✉ Mail : @

☎ Portable 1 : ① Portable 2 :

AUTORISE (ONS) MON (NOTRE) ENFANT,

NOM : **PRENOM** :

.....

Date Naissance : Etablissement scolaire :

CP & lieu naissance : pour les personnes nées à l'étranger CP = « 99000 »

☎ Portable enfant : ✉ Mail :

A PARTICIPER AUX ACTIVITES DU RC LONS POUR LA SAISON 2022/2023

Date et Signature du Père

Date et Signature de la Mère

Date et Signature du tuteur légal



Tel : 06 27 19 19 11

Mail : vincent.tison@rclons64.fr

Stade Municipal Complexe Georges Martin Avenue de Pau 64140 LONS

Site Internet : www.rclons64.fr

Cadets : Garçons nés en 2007 et 2008

Juniors : Garçons nés en 2004, 2005, 2006

Tel : 0

Mail :

Stade

Site I

Cade

Junio

AUTORISATION DE SOINS POUR UN LICENCIE MINEUR EN CAS D'ACCIDENT POUR LA SAISON 2022/2023

JE (NOUS) SOUSSIGNE (ONS),

PRENOM(S), NOM(S)

QUALITE(S)

EN CAS D'ACCIDENT DE

PRENOM(S), NOM DU LICENCIE

N° Sécurité Sociale :

AUTORISE (ONS) PAR LA PRESENTE

Cocher la (les) mention(s) choisie(s)

- ☐ tout examen, soin ou intervention chirurgicale – éventuellement sous anesthésie générale – qui serait nécessaire ;
- ☒ le (la) responsable du RC LONS, du Comité du Béarn ou de la FFR :
 - ☐ A prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission dans l'établissement de soins choisi ;
 - ☐ Après accord médical, à reprendre l'enfant à sa sortie – uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur – et le ramener au Foyer du RC LONS.

Date et Signature du Père

Date et Signature de la Mère

Date et Signature du tuteur légal

SECURITE SOCIALE OU AUTRE ORGANISME *dénomination & adresse*

COMPLEMENTAIRE OU CHIRURGICALE ☐ Oui ☐ Non *si oui, dénomination & adresse*

MEDECIN TRAITANT *telephone* *nom, adresse*

PERSONNE(S) A PREVENIR *n° de téléphone de la personne la plus susceptible d'être jointe rapidement*

PERE : MERE :

RESPONSABLE LEGAL : FAMILLE OU AUTRE :

ETABLISSEMENT DE SOINS CHOISI ☐ Centre Hospitalier le plus proche ☐ Clinique *dénomination & adresse*

EVENTUELLE(S) ALLERGIE(S) ET/OU TRAITEMENT(S) EN COURS

Groupe Sanguin : *Taille* : *Poids* :