



AUTORISATION SOINS, TRANSPORT ET DROIT à L'IMAGE :

licencié : NOM : Prénom : Né(e) le:

Adresse :

Taille short :

pointure chaussettes :

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

NOM – Prénom – Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) _____ e-mail : _____@_____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Données personnelles (en cas d'accident) :

N° Sécurité Sociale : _____ (15 chiffres)

Mutuelle du joueur : _____ N° Adhérent _____

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

J'autorise, en cas d'accident, par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire

- le responsable de l'association, du Comité ou de la FFR : à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander mon admission en établissement de soins,

TRANSPORT :

Je m'engage à respecter la législation en vigueur (assurance et permis valides) dans le cas où j'accepte de véhiculer des personnes affiliées,

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE :

J'autorise le Rugby Club de Pont-Audemer à utiliser mon image. Les personnes ne souhaitant pas apparaître sur les divers supports de communication (photo d'équipe, d'action ou d'ambiance, reportage télévisé, site du RCPA, Facebook RCPA...) doivent nous le faire savoir par écrit sur papier libre qui doit être joint au dossier d'inscription lors de la signature de la licence. L'absence de réponse sera considérée comme un accord implicite.

PROTOCOLE SANITAIRE :

Je m'engage à respecter le protocole sanitaire en vigueur, pour les entraînements et toute sortie RCPA (matches, tournois, autres...) . Je suis conscient que ce protocole concerne toute personne qui m'accompagnera.

Fait à _____ le : _____

Signature :