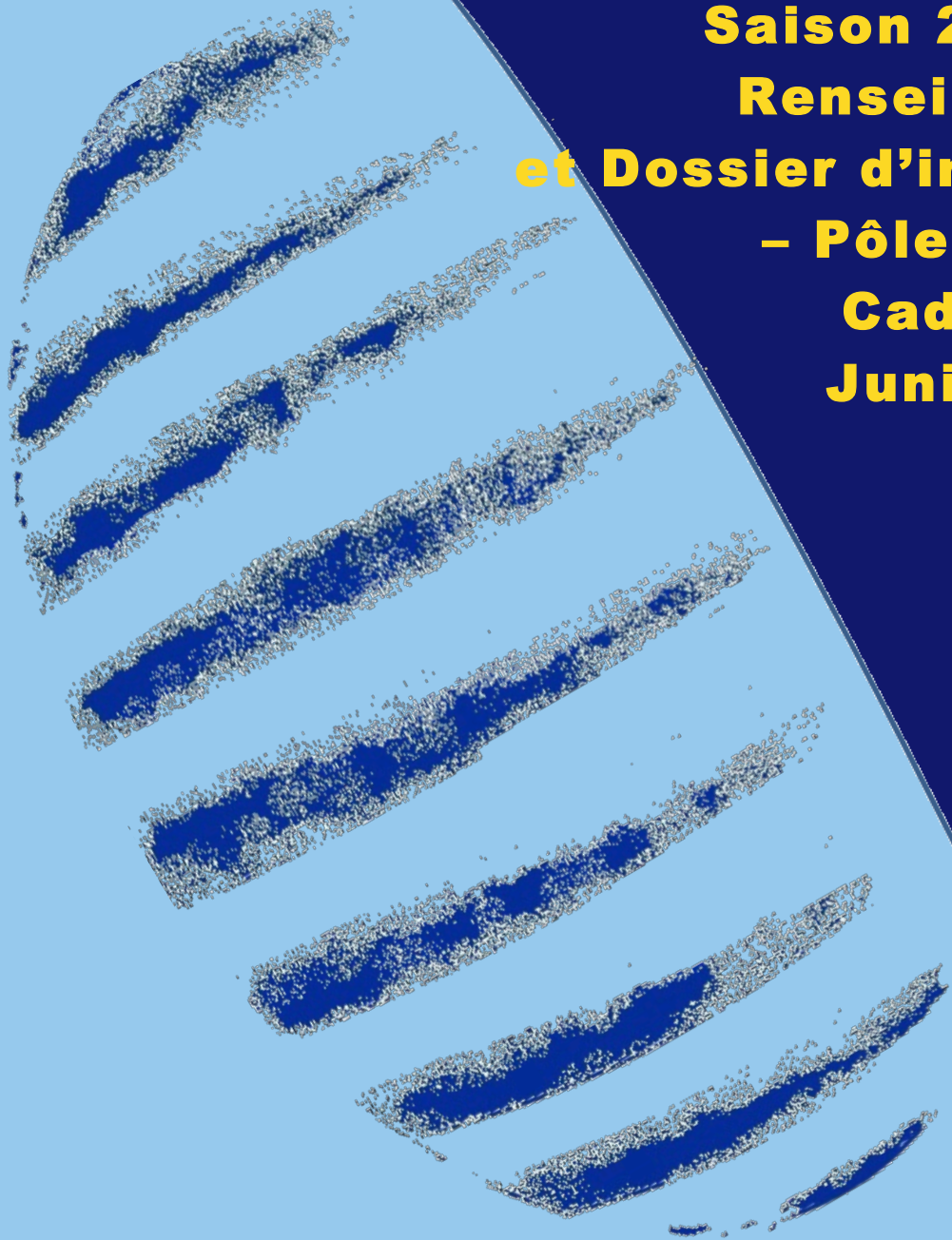


MLSGP78 Rugby



Club partenaire de la formation du Stade Français Paris

Saison 2020/2021 **Renseignements** **et Dossier d'inscription** **– Pôle Espoirs –** **Cadets (M16)** **Juniors (M19)**



Maisons Laffitte • Saint-Germain • Poissy 78 • Rugby
Siège social : MLSGP78 Rugby • 5, avenue Kennedy • 78100 Saint-Germain-en-Laye
Association loi 1901 immatriculée au Registre nationale sous le numéro W783001325
Déposée à la sous préfecture de Saint Germain en Laye 678 300 99 37
Site Internet : <http://mlsgp78-rugby.fr>

MLSGP 78

Pôle Espoirs Cadets (M16) / Juniors (M19)

Dossier de Renseignements et d'inscription – Saison 2020/2021



Récapitulatif Documents à remettre dès le premier entraînement

- la fiche de renseignements
- l'autorisation de soins du club
- la fiche de suivi médical renseignée
- l'autorisation de soins CIFR/FFR (cf modèle en annexe 1)
- l'ordonnance pour traitement médical permanent le cas échéant
- 1 photo d'identité la plus récente possible formant 35 mm X 45 mm (nom inscrit au dos SVP)
- 1 photocopie de la carte de groupe sanguin si établie
- le certificat médical de non contre-indication tiré du site ovale2.ffr.fr une fois faite l'inscription (le modèle en annexe 2 est le seul pris en compte par la FFR - à imprimer avant la visite médicale)

Montant De La Cotisation

260 € incluant la fourniture d'un short et d'une paire de chaussettes aux couleurs du club

Réduction de 10 € pour les familles domiciliées à Maisons Laffitte, Saint-Germain-en-Laye ou Poissy

Réduction de 10% pour les fratries

Règlement :

- espèces
- chèque à l'ordre du **MLSGP 78 RUGBY**

Banque : _____

N° Cheque	Montant	Date Encaissement
		Octobre 2020
		Décembre 2020
		Janvier 2021

- Coupon Sport ANCV

Sites Et Horaires Des Entraînements Et Des Matches

- ❖ Sites
 - Stade de Beauregard – 76 avenue Blanche de Castille à Poissy
 - Stade Georges Lefèvre – 5 avenue du Président John Fitzgerald Kennedy à Saint Germain en Laye
- ❖ Entraînements
 - JUNIORS M19 les mardi et jeudi de 19h30 à 21h15 à Poissy,
 - CADETS M16 le mercredi de 19h30 à 21h30 à Poissy, et vendredi de 20h00 à 21h30 à Saint Germain en Laye
- ❖ Matches
 - JUNIORS M19 – le samedi (15h00) rendez-vous au stade de Beauregard à Poissy
 - CADETS M16 – le dimanche matin (10h00) rendez-vous à St Germain si match à domicile, à Poissy si départ en déplacement (horaire à préciser)

Contact M16 (Cadets) :

Ludovic Coutant

Tél : 06 08 50 14 85

Email : cadets@mlsgp78-rugby.fr

Contact M19 (Juniors) :

Gilles Panetto

Tél : 06 13 94 09 24

Email : juniors@mlsgp78-rugby.fr



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ **Prénoms :** _____

Naissance : Date :/...../..... **Lieu :** **Code Postal :**

pour les personnes nées à l'étranger le code postal est 99000

Ces informations sont garanties 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

Numéro de Sécurité Sociale : _____ **Bénéficiaire :** _____

Adresse du joueur :

Code postal : _____ Ville _____

domicile : _____

courriel : Ecrire les adresses mail en majuscules d'imprimerie de façon lisible et cocher les adresses auxquelles il faut diffuser les mails

joueur : _____

joueur _____

père : _____

père _____

mère : _____

mère _____

Adresse du représentant légal si différente de celle du joueur, merci de préciser :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Droit à l'image :

Je soussigné : _____, autorise le MLSGP à utiliser et publier l'image de mon enfant dans le cadre de ses activités, sur tout support (papier, vidéo, informatique, presse, télé..)

Autorisation de transport :

Je soussigné : _____, autorise les éducateurs ou parents accompagnateurs à transporter mon enfant lors des matchs, tournois, entraînements dans leur véhicule personnel.

Autorisation RGPD (collecte données personnelles) : oui non

Le MLSGP78 s'engage formellement à ne vendre ou à n'échanger aucune information personnelle. Les informations recueillies sur ce formulaire par le MLSGP78 sont nécessaires pour l'enregistrement de votre demande d'inscription et sont également enregistrées dans un fichier informatisé, pour la gestion de votre dossier et des relations avec le MLSGP78 et la Fédération Française de Rugby (FFR). Elles sont conservées pendant un (1) an et sont destinées à l'édition de la licence sportive par la FFR, à la présentation statistique des membres pour les partenaires, et aux relations quotidiennes entre l'association et ses membres. En application des 15 et suivants du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif aux traitements des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de suppression et de rectification des informations qui vous concernent. Il vous suffit pour cela de contacter Sébastien Laporte, responsable de traitement, à l'adresse suivante : communication@mlsgp78-rugby.fr.

Fait à _____ le _____

Signature du représentant légal du joueur :



AUTORISATION DE SOINS

EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIE MINEUR DU CLUB
DE MAISONS-LAFFITTE SAINT GERMAIN POISSY RUGBYVELINES

Cette autorisation suivra le joueur dans tous les déplacements.

En cas d'accident et en fonction des soins nécessaires, le responsable fera appel aux Sapeurs-Pompiers et vous préviendra le plus rapidement possible.

Pour cela, merci de préciser les renseignements suivants :

JOUEUR LICENCIE :

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____ à _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Numéros de téléphone où vous pouvez être joint le plus rapidement possible

Père (nom) : _____ **Mère (nom) :** _____

☎ domicile : _____ **☎ domicile :** _____

☎ portable : _____ **☎ portable :** _____

☎ travail : _____ **☎ travail :** _____

Numéro de téléphone d'un membre de la famille, d'un ami, d'un voisin :

Nom et prénom : _____ ☎ _____

Je soussigné : _____

Représentant légal du joueur licencié : père, mère, tuteur (1)

N° de sécurité sociale : _____

Déclare exacts les renseignements portés sur l'autorisation de soins et la fiche médicale

Autorise leur utilisation par le responsable du groupe

Autorise le responsable de groupe désigné par le club (2) : _____

- à accompagner mon enfant en cas d'urgence dans un établissement hospitalier, et l'y faire admettre si nécessaire
- à reprendre mon enfant à l'issue des soins prodigués.

Autorise tout examen, tout soin ou toute intervention chirurgicale qui serait nécessaire.

Attention, merci de préciser toute allergie connue (médicamenteuse, alimentaire, autre) et/ou maladie chronique connue (diabète, épilepsie, autre) dans la fiche ci-après

Je note également que ces documents seront conservés par le club pendant toute la saison sportive 2020/2021 et seront détruits en absence de ré-affiliation la saison prochaine.

Si prise de médicament pendant les entraînements et/ou rencontres, merci de joindre l'ordonnance en début de saison et penser à munir l'enfant de son traitement.

Fait à _____ le _____

Signature,

(1) rayer la mention inutile

(2) sera complété par la personne accompagnatrice



Fiche Médicale

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :
Groupe Sanguin/Rhésus :
Tension
Taille :
Poids :
Poste :

MEDECIN TRAITANT

Nom :
Adresse :
Téléphone :

KINESITHERAPEUTE

Nom :
Adresse :
Téléphone :

ANTECEDENTS

Entorse

Localisation	Date	Durée Arrêt	Durée Immo	Kiné (Nb Sc)	Chirurgie

Fractures

Localisation	Date	Durée Arrêt	Durée Immo	Kiné (Nb Sc)	Chirurgie

Luxation

Localisation	Date	Durée Arrêt	Durée Immo	Kiné (Nb Sc)	Chirurgie

Blessure Musculaire

Elongation

Localisation	Date	Durée Arrêt	Durée Immo	Kiné (Nb Sc)	Echographie

Déchirure

Localisation	Date	Durée Arrêt	Durée Immo	Kiné (Nb Sc)	Echographie

Claquage

Localisation	Date	Durée Arrêt	Durée Immo	Kiné (Nb Sc)	Echographie

MLSGP 78

Pôle Espoirs Cadets (M16) / Juniors (M19)

Dossier de Renseignements et d'inscription – Saison 2020/2021



Antécédents Chirurgicaux

Localisation	Date	Durée Arrêt

Antécédents Médicaux

Localisation	Date	Durée Arrêt

Traumatisme Crânien avec ou sans perte de connaissance

Date	Durée Arrêt	Examen Complémentaire

Autres (Lombalgie/sciatique/Sciatique SU BRAS/LUMBAGO)

Localisation	Date	Durée Arrêt

Allergies

Traitements

Date	Durée	Prescription

MLSGP 78

Pôle Espoirs Cadets (M16) / Juniors (M19)

Dossier de Renseignements et d'inscription – Saison 2020/2021



Annexe 1 : autorisation de soins au format FFR

(A récupérer sur le formulaire d'affiliation du site Oval2)





AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

en cas d'accident de (NOM, prénom du licencié)

autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de l'association, de la ligue ou de la FFR :
 - à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à :

Signature

Le :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Autre personne à joindre en cas d'accident :

NOM : _____

Prénom : _____ Qualité : _____

Téléphone (portable et fixe si possible) : _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____



Annexe 2 : Certificat médical de non contre-indication FFR

Vous obtenez ce certificat à l'étape 3 décrite ci-dessous.

Vous devez présenter ce document à la signature de votre médecin accompagné des deux pages du document « Aide à la consultation » qui lui est annexé.



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Rappel :

La version originale du certificat est à remettre à l'association dans laquelle _____, né(e) le _____, sollicite une licence pour la saison 2020-2021.

Une version scannée du certificat est à déposer sur le site <https://ovale2.ffr.fr>, au stade de l'étape 4 du formulaire dématérialisé de demande de licence.

ZONE RESERVEE AU MEDECIN

NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS

Le Comité médical de la FFR a rédigé le document « Visite médicale de non contre-indication à la pratique du rugby / Aide à la consultation » qui peut être consulté sur le site www.ffr.fr à la rubrique : JOUER AU RUGBY / INFORMATIONS MEDICALES.

Je soussigné,

Nom, prénom: _____ Téléphone: _____

Titre et qualification : _____

Adresse : _____

atteste que _____ ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

- A la pratique du rugby en compétition, sauf aux postes de 1ère ligne
- A la pratique du rugby en compétition, y compris aux postes de 1ère ligne

Indiquez le nombre de cases cochées ci-dessus : 1, 2, 3, 4, 5

NB : Tout certificat médical établissant une absence de contre-indication à la pratique du rugby en compétition vaut établissement d'une absence de contre-indication à la pratique du rugby loisir, de l'arbitrage en compétition et/ou pour entraîner.

Le présent certificat a été établi à la demande du patient (ou de son représentant légal) et lui a été remis en main propre.

Aucune rature n'est autorisée.

Signature et cachet obligatoires du praticien :

Date: _____