

DEMANDE DE RENOUELEMENT D'AFFILIATION A LA FFR

FFR - 9 rue de Liège - 75 431 Paris Cedex 09

N° de licence : _____ Club : _____
 Date de demande : _____ Comité : 3014B / ILE DE FRANCE DOSSIER : 2009075918B0

QUALITES A RENOUELER :
 Joueur éducatif

REPRESENTANTS LEGAUX

Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Qualité _____	Qualité _____
Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Qualité _____	Qualité _____

PIECE(S) A JOINDRE

- 2 photos format identité 3,5 x 4,5 cm (dont 1 agrafée à cette AS pour archivage et 1 conservée au club pour la licence)
- Autonisation de soin en cas d'accident (en possession du club)

LE DEMANDEUR DECLARE PAR LA PRESENTE

- Accepter d'être domicilié au siège de l'association auprès de laquelle il est rattaché
- Accepter de se soumettre à toutes les décisions ou sanctions qui lui seraient infligées par la FFR ou un Comité Territorial en sa qualité de licencié à la FFR.
- Refuser* que les renseignements figurant sur le présent document soient utilisés par la FFR à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.
- Etre informé qu'il possède un droit d'accès et de rectification auprès de la FFR pour les mêmes renseignements (loi informatique et libertés du 6 janvier 1978).

INFORMATIONS RELATIVES AUX ASSURANCES ET AUX PRECAUTIONS A PRENDRE AFIN DE PRATIQUER LE RUGBY

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom et qualité si représentants légaux) _____ reconnais avoir été informé(e) par la FFR, par mon Comité Territorial et par mon association :

- des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.
- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure au dos du présent document.
- de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.
- que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 3 à 4,5 M€ maximum pour les TPP importantes.

DECLARATION DU LICENCIE OU DE SES REPRESENTANTS LEGAUX POUR LES MINEURS - A recopier manuscritement

1/ Je reconnais avoir lu et pris connaissance des informations figurant au recto et au verso du présent document

Option 1 : "Je décide de souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes"

(Le demandeur doit remplir une demande d'adhésion accompagnée d'un chèque bancaire ou postal à l'ordre de la CGA Rugby d'un montant correspondant au montant de la prime totale due)

OU BIEN

Option 2 : "Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause"

NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS POUR L'ATTESTATION DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Cher Confrères,
 La Commission Médicale a édité à votre intention un document dit "Passport Médical" qui doit accompagner cet imprimé ou peut être imprimé sur internet : www.fr.fr/index.php/fr/rugby_francais/commission_medicale/passeport_medical. Les différents indices et informations contenus dans le Passport Médical vous sont fournis à titre indicatif, afin que vous disposiez, si nécessaire, d'un guide dans votre processus décisionnel. Il vous appartient cependant de déterminer librement les examens et les avis spécialisés qui vous seront nécessaires. Le passeport médical permet en particulier le suivi de : Symptométiologie rachidienne, Radiographie du rachis cervical, Indice de TORO et PAVLDW, IRM, Profil médical SIOYRDP, antécédents cliniques, médicaux, chirurgicaux, Violences médicales. En cas d'interrogation, vous pouvez joindre le Président de la Commission Médicale de votre Comité Territorial. Ses coordonnées seront fournies sur demande auprès de la FFR (01.53.21.15.15). Toutes les informations complémentaires sont disponibles sur le site internet de la FFR : www.fr.fr/index.php/fr/rugby_francais/commission_medicale/passeport_medical

ATTESTATION MEDICALE DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY	DEMANDE DE VALIDATION
Je soussigné, atteste que Mme _____ ne présente aucune contre-indication : A la pratique du rugby éducatif : Pour jouer (RAYER si non autorisé) Date _____ Signature et cachet du praticien _____	Par le demandeur _____ (Dates et signatures) Par les représentants légaux _____ Par le secrétaire du club (cachet du club) _____ Par le secrétaire du Comité Territorial (cachet) _____

Pour les joueurs de plus de 35 ans, un test d'effort est fortement conseillé

* Le licencié a la possibilité de modifier ses données personnelles par le biais de l'Intranet (<http://www.fr.fr/index.php/intranet/>)

Ce document récapitule les informations fournies à l'association pour la demande de renouvellement d'affiliation

IL NE PERMET EN AUCUN CAS LA PRATIQUE EN MATCHES

Informations pré-renseignées à vérifier et à corriger le cas échéant

Informations à compléter**

OU

A compléter par le médecin traitant*

(*) Seul ce document complété et tamponné par un médecin est valable auprès de la FFR, il est donc inutile de se rendre chez votre médecin, afin d'établir un certificat médical d'aptitude à la pratique du rugby, avant d'être en possession de ce document

(**) Les phrases de déclaration et d'options doivent être intégralement reprises et recopiées à la main