



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

EDR/JEUNES

2025/2026

Renouvellement

Initiale

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe :

Lieu de Naissance :

Nationalité :

Pays de Naissance :

Numéro de portable :

Adresse Mail :

Adresse complète (y compris le code postal) :

Nom et Prénom du/des tuteur(s) :

Qualité du/des tuteur(s):

Téléphone

1-

1-.....

1-

2-

2-.....

2-

Type de licence demandée :

M8

M14

M10

M16

M12

M19

Soigneur

Educateur / Educatrice ou Entraîneur

TAILLE

Short :

Tee-shirt :

Chaussettes :

Mode de Règlement

Espèces

Carte C Jeune

Chèque

Pass Sport

Virement

IBAN : FR76 1027 8089 7400 0210 8170 155 // BIC : CMCIFR2A

LICENCE 2025-2026

160 €

Merci d'établir un chèque de caution du montant alloué concernant la Carte C Jeune et ou le Pass Sport qui sera restitué à l'avalidation de ceux-ci.

La licence sera établie uniquement après réception du dossier complet et de son règlement.

Pour tout renseignement contacter :

SEILER Jean-Claude : 06 09 18 09 30

edr@rugby-ciotat-ceyreste.fr

Coupe Pauline(ref licences) intendance@rugby-ciotat-ceyreste.fr



Objet : DROIT A L'IMAGE ET COMMUNICATION

Je soussigné(e)

Responsable légal(e) du sportif (ve)

Autorise le staff du club du RUGBY CIOTAT CEYRESTE à filmer ou photographier mon enfant dans le cadre de son activité au sein du club.

Ces documents sont susceptibles d'être publiés :

- Sur le site Internet du RCC.
- Sur les réseaux sociaux gérés par le RCC.
- Sur des supports de développement gérés par le RCC : albums de stickers, calendriers...

N'autorise pas

Avec la mention « Bon pour Accord » et la date
Signature des responsables légaux

RUGBY CIOTAT CEYRESTE

L'Amandier, chemin du Baguier – 13600 LA CIOTAT – Tél. 06 23 16 80 07

[Agrément FFR 7588 D – Siret : 803 962 463 0001 1](#)



AUTORISATION DE SOINS



Je soussigné(e) : _____ agissant en tant que :

Licencié majeur

Parent / Tuteur légal du licencié mineur : _____

Autorise N'autorise pas

le personnel encadrant du club à faire procéder, en cas d'urgence ou d'accident, aux soins médicaux nécessaires :

premiers secours, transport, consultation, hospitalisation.

A : _____ Le : __ / __ / __

Signature

Personne à joindre en cas d'accident :

Nom : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Coordonnées du médecin traitant :

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tel : -----

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Votre enfant a-t-il des problèmes d'allergies ? OUI NON

Votre enfant suit-il un traitement médical particulier ? OUI NON

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ? OUI NON

Si la case oui a été coché, veuillez préciser svp: _____