



ASSOCIATION DES
CADRES TECHNIQUES



DOSSIER INSCRIPTION

FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE RUGBY



CENTRE NATIONAL RUGBY

Du 2 au 5 juillet 2013



STAGE RUGBY ÉTÉ 2013

JOUEURS NÉS EN
1998, 1999, 2000

CNR



ASSOCIATION DES CADRES TECHNIQUES
DE LA FFR



FICHE D'INSCRIPTION

STAGE ÉTÉ 2013

STAGE CNR

☐

Nom : **Prénom :**

COMITÉ TERRITORIAL : **Club :**

Date de Naissance : **N° de Licence :**

Poids : **Taille :** **Poste(s) :**

Taille Tee-Shirt : M – L – XL (entourez la taille)

Sélections éventuelles :

.....
.....

Adresse Personnelle :

.....
.....

N° de téléphone : (Domicile) :

(Portables) :/.....

(Travail) :

e-mail : @

Situation Scolaire : (établissement et classe)

.....

Avis du Cadre Technique ou Entraîneur :

.....

ADMINISTRATIF

Merci de bien vouloir renvoyer par voie postale, **avant le 15 juin 2013**, le dossier d'inscription dûment rempli, daté, signé et accompagné de ses pièces jointes, à l'adresse suivante :

STAGE CNR
Dominique DAVANIER
LA FRANCHIE
19410 PERPEZAC LE NOIR

Le coût du stage s'élève à 350 € hors transport – Navette assurée des gares et Aéroports les plus proches sur demande.

Les chèques vacances, participation CE sont acceptés

Règlement avec le dossier d'inscription, par chèque à l'ordre de :

ASSOCIATION DES CADRES TECHNIQUES de la FFR

Paiement possible en trois chèques : 150€ à l'inscription ; 100 € au 31 juillet et 100 € au 31 août à présenter à l'ouverture du stage.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN COMPTE

La convocation jointe en annexe, et que vous voudrez bien compléter, devra être présentée à l'ouverture du stage.

Pièces à fournir au plus tard à l'arrivée au stage :

- Licence FFR
- Feuille d'autorisations
- Fiche sanitaire
- Certificat de non contre indication à la pratique intensive du rugby

AUTORISATION PARENTALE STAGE ÉTÉ 2013

Je soussigné(e) M / Mme père /
mère / tuteur, autorise le responsable du stage été rugby organisé par
l'Association des cadres techniques de la FFR à prendre toutes les mesures
nécessaires en cas d'accident, auprès de mon fils :

.....
.....

N° Sécurité Sociale :

Coordonnées Mutuelle :

.....

Adresse personnelle :

.....

Personne à prévenir en cas de besoin (uniquement si différente des
parents ou tuteur légal)

.....
.....

Téléphone : /

Groupe sanguin :

.....

Cf fiche sanitaire ci-jointe

Signature :



**ASSOCIATION DES CADRES TECHNIQUES
DE LA FFR**

**AUTORISATION
POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS DE
LOISIRS
POUR LA PRISE ET LA DIFFUSION DE
PHOTOGRAPHIE(S)
STAGE ÉTÉ 2013**

Je soussigné(e) M / Mme père / mère / tuteur, autorise
.....

Inscrit au stage rugby été organisé par l'association des cadres techniques de la FFR :

CNR , 3-5 rue Jean de Montaigu, 91460 MARCOUSSIS, du 2 au 5 juillet 2013



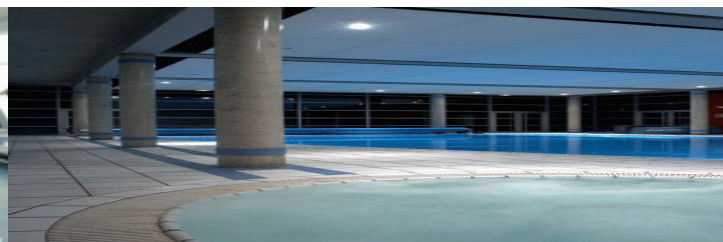
A participer :

- Aux séances de natation et aux activités nautiques sous la responsabilité d'un moniteur agréé,
- Aux sorties et visites diverses avec l'encadrement,
- Aux activités de plein air proposées pendant le stage

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) le représentant
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient, entreprises dans le cadre de l'établissement de sa mission d'enseignement, et sur quelque support que ce soit.

Informations et précisions complémentaires de la famille :

.....
.....
.....
.....
.....



CONVOCAATION

CNR

À présenter à l'arrivée au Centre

Vous voudrez bien vous présenter le :

MARDI 2 JUILLET 2013 à partir de 10h00

Centre National de Rugby

3-5, RUE JEAN DE MONTAIGU

91460 MARCOUSSIS

Fin du stage le Vendredi 5 juillet 2013 à 13h00

Afin de participer au Stage Rugby ÉTÉ 2013 organisé l'Association des Cadres Techniques de la FFR.

Vous voudrez bien vous munir du matériel suivant :

- Nécessaire d'entraînement et de match en quantité (dont crampons moulés et paire de basket (running) obligatoires)
- Kway – chaussures usagées pour les activités nautiques
- Cahier – stylos
- Les liquidités importantes, les bijoux et autres objets précieux sont déconseillés au sein de la structure durant le stage.

Dans l'attente de nous rencontrer, veuillez croire Madame, Monsieur, à l'expression de mes sentiments sportifs les meilleurs.

Le Président de l'ACT – FFR

Dominique DAVANIER

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ				SCARLATINE			
OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS							
OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

[illegible]

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

[illegible]

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

[illegible]

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Date : _____ Signature : _____

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

[illegible]