



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADULTE

Nom :

Prénoms\* :

*\* tous les prénoms inscrits sur la pièce d'identité*

Adresse :

Date de naissance :

Lieu :

Taille de pantalon :

Pointure :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Mail :

Profession :

Employeur :

### AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)..... autorise le Stade de Reims Rugby à diffuser des photos (site internet, vidéo...) de ma personne. Cette autorisation est donnée à titre gracieux.

- J'autorise le Stade de Reims Rugby à utiliser mes données personnelles conformément à la réglementation RGPD
- J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions de la FFR disponibles sur le site [stadedereimsrugby.com](http://stadedereimsrugby.com)
- Je reconnais avoir été informé par la FFR, par ma Ligue Régionale et par mon club, des informations relatives aux précautions à prendre afin de pratiquer le rugby (informations disponibles sur le site [stadedereimsrugby.com](http://stadedereimsrugby.com))

**Assurances complémentaires** (la notice d'assurance est disponibles sur le site [stadedereimsrugby.com](http://stadedereimsrugby.com)) :

- Option 1 : Je décide de souscrire aux garanties complémentaires (avec un coût supplémentaire €) qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes
- Option 2 : Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause

### Délégué à la protection des données

Je certifie avoir pris connaissance, compris et accepté les déclarations de traitement des données personnelles mis en œuvre pour mon affiliation à la Fédération Française de Rugby  
J'autorise la FFR à utiliser mes données personnelles à des fins promotionnelles ou commerciales pour ses propres activités et celles qu'elle peut réaliser au nom de ses partenaires ou fournisseurs officiels, sans cession des données à des tiers

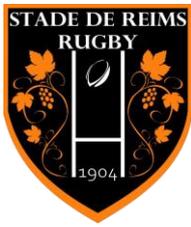
oui     non

J'autorise la FFR à transmettre certaines de mes données personnelles à des tiers, et notamment ses partenaires et fournisseurs officiels, à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.

oui     non

*Signatures*

*Date*



## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

.....

Autorise 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 les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins

Numéro de sécurité sociale du licencié : .....

Fait à :

Signature

Le :

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

NOM .....

Prénom.....Qualité.....

Téléphone (portable et fixe si possible)

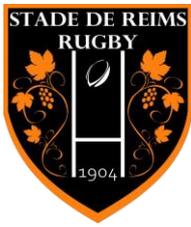
.....

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et Prénom .....

Adresse .....

Téléphone.....



## QUESTIONNAIRE DE SANTE

*Merci de remplir ce questionnaire le plus honnêtement et sérieusement possible.*

NOM Prénom:

Date de naissance:

### TROUBLES RESPIRATOIRES

Asthme: Oui  Non

Ventoline? Oui  Non

Autre(s) trouble(s) respiratoire(s)?

### DIABÈTE

Diabète: Oui  Non  , Stabilisé  Oui  Non

Si oui, traitement?

### TROUBLES CARDIAQUES

Problèmes cardiaques: Oui  Non  , Précisez

Si oui, traitement?

Antécédents familiaux de troubles cardiaques? Oui  Non  , Précisez

### ALLERGIES

Allergies: Oui  Non  , Précisez

Réaction allergique au cours d'un soin médical: Oui  Non

### PROTHÈSES

Dentaire: Oui  Non  , Précisez

Visuelle: Oui  Non  , Précisez

Auditive: Oui  Non  , Précisez

### TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

*Pour tout traitement en cours ou prise ponctuelle de médicament, notamment au cours d'un effort sportif, veuillez fournir une photocopie de l'ordonnance.*

Traitement médicamenteux en cours: Oui  Non  Le(s)quel(s)?

### ANTÉCÉDENTS

Médicaux: Oui  Non  , Précisez

Chirurgicaux: Oui  Non  , Précisez

Protocole commotion: Oui  Non  , Précisez

Colorez sur le body chart les blessures que vous avez ou avez eu				
Fractures	Entorses	Lésions musculaires	Traumatismes crâniens	Douleurs autres
En rouge	En bleu	En vert	En noir	En rose
Entourez les blessures actuelles				

