



Rugby Club Val Morin Val d'Europe  
 12, rue Emile Cloud  
 77700 SERRIS  
**Affiliation FFR : 6829Y**  
[www.rcvmvaldeurope.com](http://www.rcvmvaldeurope.com)

## AUTORISATION PARENTALE 2011-2012

**CAT : Lutins – Mini Poussins - Poussins – Benjamins – Minimes**

**Enfant: NOM :** ..... **Prénom :** .....  
 Né(e) le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
 Portable du Licencié : ..... @.mail du Licencié : .....  
 Taille (cm) : ..... Poids (kg) ..... Pointure : ..... Taille maillot : ..... Taille Short : .....

**Je soussigné(e) :** Nom : ..... Prénom : .....  
 Agissant en qualité de : **PERE - MERE - TUTEUR** (Rayer les mentions inutiles)  
 Situation Familiale : Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)  
 Domicilié(e) : N° ..... Rue .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Téléphone fixe : Père ..... Mère .....  
 Portable : Père ..... Mère .....  
 @.mail des Parents : Père ..... Mère .....

J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance de responsabilité civile qui couvre les dommages qu'il pourrait causer à autrui ou à lui-même.

**J'autorise mon enfant :** .....

- à participer aux entraînements et matchs sur les terrains du Club ou autres, suivant les déplacements,
- à se déplacer lors des matchs à l'extérieur en véhicule ou par car,
- à participer à des stages et/ou au voyage de fin d'année,
- à être photographié dans toutes les activités du Club (Albums – Expositions / Manifestations – Site internet)

Personne(s) autorisée(s) à prendre en charge l'enfant à la fin des entraînements ou matchs :  
 Mr, Mme ..... Tél : .....  
 Mr, Mme ..... Tél : .....

à rentrer seul à son domicile, dès la fin des entraînements et des matchs.  
 (Les parents restent responsables dans le cas où l'enfant est autorisé à rentrer seul à son domicile.)

### EN CAS DE NECESSITE

Dans le cas d'un incident jugé important par les éducateurs, si l'impossibilité de joindre rapidement les parents se présente, l'enfant sera transporté dans un centre hospitalier le plus proche par moyens sanitaires (ambulance, pompiers).

- Groupe sanguin : .....
- Problème de santé (*allergies, asthme...*) : .....
- Mal des transports : .....
- Allergie alimentaire : .....
- Observations éventuelles : .....

J'autorise les éducateurs à administrer le(s) médicament(s) prescrit(s) sous réserve de fournir une ordonnance (*ex. : asthme, allergie, ...*).

- Nom de la Caisse de Sécurité Sociale : .....
- N° de l'adhérent Sécurité Sociale : .....
- Nom de la mutuelle : .....

Fait, à ..... le .....

Signature Père

Signature Mère

*Au titre de la Loi du 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le Club s'engage à n'utiliser et divulguer tous renseignements personnels communiqués qu'au titre des obligations légales et administratives et nécessaires lors de prise en charge médicale.*