



Saison 2023 / 2024 :

1. Tarif Carte adhérent obligatoire pour les dirigeants, éducateurs et bénévoles:
 - a. 20€ par personne. A payer à Virginie Cazaly ou Stéphanie Moussiron.
2. Tarif des inscriptions enfants :
 - a. Famille avec un enfant : 120€.
 - b. Famille avec deux enfants : 200€.
 - c. Famille avec trois enfants : 290€.
 - d. Famille avec quatre enfants : 320€.
 - e. Si double inscription à Maussane:
 - i. Rugby / Foot ou Rugby / Tennis: 80€ par enfant.
 - f. Section Baby: 50€ par enfant.
3. Tarif des inscriptions pour les adultes souhaitant faire du loisir : TOUCH
 - a. 125€ par personne (carte d'adhérent + licence + cout de fonctionnement).
4. Paiements :
 - a. Le paiement peut se faire en une ou deux fois, mais un chèque sera demandé dès l'inscription.
 - b. Nous adhérons au dispositif Collégien de Provence.et Lycéen de France
 - c. Pour les habitants de Fontvieille, 30€ sont pris en charge par la commune contre remise du coupon adhérent.
 - d. Pour les habitants de Maussane, 50€ sont pris en charges par la commune contre remise du coupon adhérent à retirer en Mairie.
5. Remarques :
 - a. Suite aux difficultés rencontrées pour obtenir le paiement de la carte d'adhérent ou de la cotisation, nous n'autoriserons pas les entrainements aux personnes n'ayant pas payé ou fourni le moyen de paiement de leur cotisation.
 - b. Nous ne fournirons également aucun équipement aux personnes n'ayant pas payés la carte d'adhérent ou la cotisation joueur.



12 conseils pour les parents de jeunes joueurs et joueuses



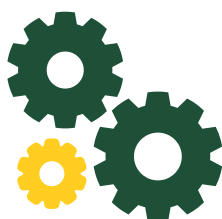
Accompagner



Respecter
l'éducateur



Encourager



Accepter l'erreur



Ne pas donner
d'instruction



Respecter
les arbitres



Rester derrière
la main courante



Contrôler
vos émotions



Être à l'écoute
de votre enfant



Respecter les
adversaires et
autres parents



Valoriser une
bonne attitude



Réconforter



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :
Prénom :
Date de Naissance :
Lieu de naissance : Code Postal de naissance :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Ces informations sont garantes de votre affiliation à la FFR. Elles doivent être rigoureusement identiques aux justificatifs d'identité. Tout dossier non conforme sera refusé et nécessitera la reprise de la procédure d'affiliation depuis le début.

N° Sécurité Sociale : _ _ _ _ _
15 chiffres au total (de l'ayant droit pour les mineurs).
Mutuelle :

Coordonnées des parents

Nom et prénom du représentant légal :
Adresse :
Code postal : Ville :
Pays :

Téléphone de la mère :
Domicile : Liste rouge :: ☐ oui ☐ non
Portable : Professionnel :
Email :

Téléphone du père :
Domicile : Liste rouge :: ☐ oui ☐ non
Portable : Professionnel :
Email :

Taille : Pointure :

Autorisation CNIL (image, photographies, ...) ☐ oui ☐ non

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la FFR et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez "non", les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.

Place Henri Giraud - 13520 Maussane-les-Alpilles - email : contact@ovalive.com

Julien Paglia : 06.95.38.73.29 ovapaglia@gmail.com / Patrick Laffitte : 06 09 51 77 32 patrick@ovalive.com



FICHE HABILLEMENT SAISON 2023 2024

NOM:

PRENOM :

CATEGORIE:

TAILLE (sweet,veste) : (6) (8) (10) (12) (14) (S) (M) (L) (XL) (XXL) (XXXXL)

TAILLE (pantalon,short): (6) (8) (10) (12) (14) (S) (M) (L) (XL) (XXL) (XXXXL)

POINTURE :

DATE DE PRISE DE TAILLE :



AUTORISATION DE SORTIES ET DE TRANSPORT

Je, soussigné(e)

En qualité de :

Représentant légal de l'enfant :

Autorise mon fils, ma fille, à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'Ecole De Rugby « Ovalive Club des Alpilles »,

L'autorise également à utiliser les moyens de transports (Autocar, véhicules particuliers ou autres si nécessaire), mis à sa disposition pour toutes les activités organisées par Ovalive Club des Alpilles, la Ligue PACA ou la FFR.

Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations et en accepte les conditions.

Le : à

Signature :

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je, soussigné(e)

En qualité de :

Représentant légal de l'enfant :

Autorise l'Ecole de Rugby « Ovalive Club des Alpilles », le Comité Territorial ou la FFR à faire et à utiliser l'image de mon enfant qui pourrait apparaître sur des photos ou des vidéos dans le cadre de son activité Rugby, utiles à l'édition de documents internes ou sur site ... , et uniquement pour ces usages.

Le : à

Signature :



DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je, soussigné(e), représentant légal de mon enfant :

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Déclare dégager de toutes responsabilités l'Ecole de Rugby Ovalive Club des Alpilles, en cas d'accident de quelque nature que ce soit ou de dommages sans aucune exception ni réserves : causé à ou par mon enfant :

Dans l'exercice de la pratique du Rugby sur et hors des installations empruntés à cet effet, que ce soit à l'occasion d'entraînements ou de tournois organisés.

Conscient que la pratique de ce sport et la présence d'autres enfants sur le terrain de jeu entraînent des risques pour eux, j'accepte ces risques en pleine connaissance de cause et **déclare renoncer à tous recours** contre l'Ecole de Rugby Ovalive Club des Alpilles et ce quel que soit l'état du terrain, des installations diverses et des moyens de sécurité mis en place que je déclare connaître pour les avoir vus et contrôlés.

Je m'engage à prendre sous ma seule responsabilité tout incident pouvant survenir pendant l'exercice normal de cette pratique du Rugby par mon enfant

Je déclare avoir souscrit à cet effet une assurance Responsabilité Civile assurant mon enfant contre tous sinistres, de quelque nature qu'ils soient, causés par mon enfant ou à mon enfant, voire par ou à des tiers et que mon contrat d'assurance ne mentionne pas de clause contraire à ce que précédemment déclaré.

Je déclare enfin que l'ensemble des personnes qui encadrent mon enfant a ou est en cours d'acquisition des diplômes nécessaires à cette activité sportive.

Fait à le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Le signataire de la décharge doit détenir l'autorité parentale (père, mère, tuteur, ou représentant légal). Les parents séparés, si les deux détiennent l'autorité parentale, doivent signer conjointement la décharge.

Place Henri Giraud - 13520 Maussane-les-Alpilles - email : contact@ovalive.com

Julien Paglia : 06.95.38.73.29 ovapaglia@gmail.com / Patrick Laffitte : 06 09 51 77 32 patrick@ovalive.com

www.ovalive.com



AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT.

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

Qualité :

En cas d'accident de :

Nom :

Prénom :

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
- Le responsable de l'association, de la Ligue ou de la FFR :
 - o A prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins.
 - o A reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

• Fait à : Signature.

• Le :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

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

Nom :

Prénom :

Qualité :

Téléphone :

- Portable : Fixe :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

- Portable : Fixe :

Adresse :

.....

Place Henri Giraud - 13520 Maussane-les-Alpilles - email : contact@ovalive.com

Julien Paglia : 06.95.38.73.29 ovapaglia@gmail.com / Patrick Laffitte : 06 09 51 77 32 patrick@ovalive.com



FICHE MEDICALE DU JOUEUR

Nom du joueur : **Prénom :**
Date de naissance : **N° de Licence:**
Adresse du joueur (Père ou Mère) :
.....
N° Sécurité Sociale (Père ou Mère): **Clé:**
Mutuelle : **N° :**

Nom des parents (Père, Mère ou représentant légal du joueur) :
.....

Adresse (si différente de celle du joueur) :
.....

Tel Père : **Domicile**

Tel Mère : **Domicile**

E.mail :

Antécédents médicaux :
.....

.Le joueur est-il suivi pour une pathologie particulière ? Si oui prend t-il un traitement
particulier ? :
.....

CONTRE INDICATION MEDICALE ET ALLERGIES CONNUES

.....
.....

Nom du médecin traitant : **Tel :**

En cas d'urgence un joueur accidenté ou malade est orienté et transporté par les services vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie.

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné (NOM, prénom, qualité),

en cas d'accident de (NOM, prénom du licencié)

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 mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
 - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à :

Le :

Signatures

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 : _____