

CERTIFICAT MEDICAL UNIQUE – LBFR – saison 2011/2012

PARTENA MUT



ethias



CLUB :

N° DE LICENCE ()

COORDONNEES DU MEMBRE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Rue : N° :

Localité : Code Postal :

E-mail : E-mail Maman :

E-mail Papa :

GSM personnel:..... GSM Maman :.....

GSM Papa :.....

Pour mineur d'âge :

Accord Parental pour disputer des rencontres dans la catégorie directement au-dessus de celle mentionnée sur la licence : **OUI / NON** (biffer la mention inutile) – uniquement pour U 17 – U 19 et Féminines (mineurs d'âges).



Signature du Parent / tuteur légal :date :

Tous les renseignements communiqués sont destinés exclusivement au secrétariat de la ligue pour envoi du courrier. Vous pouvez avoir accès à vos données ou les faire rectifier le cas échéant. Vous pouvez exercer ce droit auprès du secrétariat de votre club. Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel

Partie réservée au Médecin :

Je soussigné(e),....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné la personne reprise ci-dessus et qu'elle est apte à :

- pratiquer le rugby en tant que joueur/joueuse
- fonction de dirigeant rugby pratiquant (entraîneur-arbitre)

Pour mineur d'âge : j'autorise cette personne à disputer des rencontres dans la catégorie directement au-dessus de celle mentionnée sur la licence : **OUI / NON** (biffer la mention inutile)

Fait le

Cachet et signature du médecin

Attention si votre patient prend des médicaments : VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LA PROCEDURE A SUIVRE EN CAS DE DEMANDE D'AUT – autorisation à usage thérapeutique – CADRE DE LUTTE CONTRE LE DOPAGE

Terrains et Clubhouse : Boulevard de Lauzelle
1348 Ottignies-Louvain-la-Neuve
Site web: <http://www.rugbyottigniesclub.be>
Secrétariat: Rue du Tiernat 45 – 1340 Ottignies
Téléphone : 00-32-(0)472/622102
e-mail: yves.vero@hotmail.com
veronique.guns@uclouvain.be



FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS (A REMPLIR EN MAJUSCULES SVP)

NOM

PRENOM

DATE/LIEU/PAYS DE NAISSANCE

N° REGISTRE NATIONAL (figurant au dos de la carte d'identité)

NATIONALITE

ADRESSE

CODE POSTAL-LOCALITE

TEL DOMICILE

GSM

ADRESSE E-MAIL (en cas de non-possession indiquez celles de vos parents):
.....

Fréquence de lecture de la boite mail

FAMILLE

NOM & PRENOM PERE

PROFESSION & SOCIETE

TEL BUREAU :..... GSM:.....

ADRESSE E-MAIL

Fréquence de lecture de la boite mail

NOM & PRENOM MERE

PROFESSION & SOCIETE

TEL BUREAU :..... GSM:.....

ADRESSE E-MAIL

Fréquence de lecture de la boite mail

ANCIEN CLUB DE RUGBY

QUELLE A ETE VOTRE DERNIERE SAISON



LICENCE DE JOUEUR

N° LIC

DATE D’AFFILIATION

POUR ETRE VALABLE CETTE DEMANDE DOIT ETRE ACCOMPAGNEE :
D’UN CERTIFICAT MEDICAL POUR L’ANNEE EN COURS.

CLUB :

DEMANDEUR

NOM PRENOM

NE LE A

ADRESSE

.....

DEMANDEUR AYANT DEJA ETE AFFILIE DANS UN CLUB BELGE

POUR POUVOIR AVOIR UNE NOUVELLE LICENCE LE JOUEUR NE JOUANT PLUS DEPUIS PLUS DE 2 ANS DOIT AVOIR L’AUTORISATION DU PRESIDENT DE SON ANCIEN CLUB .

SI OUI AU CLUB.....

DEMANDEUR AFFILIE A UN CLUB ETRANGER

POUR AVOIR UNE LICENCE A LA LBFR IL FAUT :

UNE LETTRE DE SON CLUB L’AUTORISANT A JOUER DANS UN CLUB BELGE.

L’AUTORISATION DE SORTIE DE LA FEDERATION OU EST AFFILIE SON CLUB.

POUR POUVOIR PARTICIPER A UNE COMPETITION OFFICIELLE

LE DEMANDEUR DEVRA ETRE AFFILIE DEPUIS QUATRE SEMAINES MINIMUM, SAUF SI L’AFFILIATION A ETE FAITE PENDANT LA PERIODES DES TRANSFERTS (DU 1 JUIN AU 31 AOUT).

POUR TOUS LES JOUEURS ETRANGERS DE PLUS DE 14 ANS LE SECRETARIAT VERIFIERA AUPRES DE LA FEDERATION ETRANGERE SAUF SI LE DEMANDEUR EST EN POSSESSION D’UNE CARTE IDENTITE EMISE PAR L’ETAT BELGE.

OBLIGATIONS DU DEMANDEUR

1. RESPONSABILITE

LE DEMANDEUR DECLARE SE SOUMETTRE ET RESPECTER LES STATUTS ET REGLEMENTS GENERAUX DE LA FEDERATION BELGE DE RUGBY **FBRB** ET DE LA LIGUE BELGE FRANCOPHONE DE RUGBY **LBFR**



LICENCE DE JOUEUR

2. ETRE EN ORDRE D'ASSURANCE

S'ASSURER , IL Y A 3 POSSIBILITES.

A LE SOUSSIGNE DECLARE VOULOIR S' ASSURER AUPRES DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE **ETHIAS** AUPRES DE LAQUELLE LA L.F.R. A CONTRACTE LA POLICE **N° 45.046.434**
IL DECLARE EGALEMENT AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS GENERALES ET DES MODALITES RELATIVES A CETTE POLICE D' ASSURANCE PAR L' ENTREMISE DE SON CLUB.

B LE SOUSSIGNE DECLARE VOULOIR S' ASSURER A LA COMPAGNIE D'ASSURANCE AUPRES DE LAQUELLE SON CLUB A CONTRACTE UNE POLICE ET CERTIFIE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE LA DITE POLICE.

COMPAGNIE **POLICE N°**

C LE SOUSSIGNE DECLARE ETRE ASSURE INDIVIDUELLEMENT PAR UNE POLICE QUI COUVRE EXPLICITEMENT LA PRATIQUE DU RUGBY.

COMPAGNIE **POLICE N°**

CHOIX DU SOUSSIGNE **A** **B** **C**
BIFFER LES MENTIONS INUTILES

3 . A PASSER UNE VISITE MEDICALE

CHAQUE JOUEUR DOIT PASSER UNE VISITE MEDICALE ET FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL VALABLE POUR L'ANNEE CIVILE EN COURS.
CETTE VISITE DOIT ETRE CONFORME AUX EXIGENCES DE LA LBFR.

LE DEMANDEUR DECLARE SUR L'HONNEUR QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT EXACTS.

FAIT LE

SIGNATURE

A

SI MINEUR D' AGE SIGNATURE DU PERE DE LA MERE DU TUTEUR OU MINISTRATEUR LEGAL

APPROBATION DE LA DEMANDE D' AFFILIATION

CLUB

SIGNATURE

PRESIDENT