



# XV DES GAVES

## Saison 2024-2025

**Important : tout changement (adresse, mail, n°tel...) devra être signalé au club**

**Le tarif de la licence est de 60€ pour les joueurs de l'EDR et de 80€ pour les cadets -juniors.**

**Possibilité de payer à l'aide du PASS Sport.**

**Identité joueur :**

**(Joindre copie de la carte d'identité + 1 photo d'identité à fournir si nouveau joueur)**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE:.....

**Coordonnées du joueur:**

ADRESSE:.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

N° TEL : .....

ADRESSE MAIL : .....@.....

**Mensurations du joueur:**

TAILLE ..... POIDS ..... POINTURE.....

TAILLE SHORT : 4/6  6/8  8/10  10/12  12/14  S  M  L  XL  XXL

**SAISON 2024-2025:** Juniors (2006-2007-2008)  cadets (2009-2010)

minimes (2011-2012)  minimes filles (2010-2011-2012)

benjamins (2013-2014)  poussins (2015-2016)

mini-poussins (2017-2018)  babys(2019-2020)

**Coordonnées des parents:**

**\* PÈRE:**

Nom-prénom : .....N° tél:.....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....@.....

**\* MÈRE:**

Nom-prénom : .....N° tél:.....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....@.....

Pour tous renseignements contacter : EDR : Chrystelle : [ecolederugby@asso-xvdesgaves.org](mailto:ecolederugby@asso-xvdesgaves.org)

Cadets- juniors Navarrenx : Emmanuelle : [emmanuelle.gimbert@neuf.fr](mailto:emmanuelle.gimbert@neuf.fr)

Licencié Josbaig : [helenep.ericl@wanadoo.fr](mailto:helenep.ericl@wanadoo.fr) ou [gillespuyoo@orange.fr](mailto:gillespuyoo@orange.fr)

Site asso-xvdesgaves.org

## Santé

**(joindre photocopie de l'attestation de la sécurité sociale et de la mutuelle pour les nouveaux licenciés)**

MÉDECIN TRAITANT:.....N° TEL:.....

En cas d'urgence, la famille sera immédiatement prévenue par nos soins.

PROBLÈME DE SANTÉ, ALLERGIE, TRAITEMENTS, PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES:

.....  
.....

### PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE:

\*Parents : Père = Nom :.....Prénom:.....N°tél :.....

Mère = Nom :.....Prénom:.....N°tél :.....

\*Autres : Nom :.....Prénom:.....

Qualité :.....N°tél :.....

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION «DROIT A L'IMAGE»

Dans le cadre de certains programmes d'entraînements et/ou de matchs, nous pourrions faire appel à l'utilisation de photos et/ou de vidéos de votre enfant

j'autorise  je n'autorise pas

De plus, le XV des Gaves peut prendre des photos de votre enfant afin de les utiliser à titre gratuit sur tout support ayant trait à son activité (site internet, Facebook, calendrier, affiches, reportages sportif...)

j'autorise  je n'autorise pas

### AUTORISATION DE TRANSPORT

j'autorise  Je n'autorise pas

Mon enfant à effectuer les déplacements pour le XV des Gaves en bus ou en voiture personnelle des dirigeants, entraîneurs, ou parents de joueurs, pour les matchs, entraînements tournois, sorties...

### CHARTES JOUEURS, PARENTS et REGLEMENT EDR

J'ai lu et pris connaissance des chartes joueurs et parents ainsi que du règlement intérieur accessibles sur le site asso-xvdesgaves.org et/ou au si.ge de l'US Josbaig et du Stade Navarrais rugby.

Facture : oui  Non .

La communication se fait via l'application mobile Kalisport

Date :

Signatures :



# XV DES GAVES

## saison 2024-2025

### AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné ....., agissant en qualité de père/ mère, en cas d'accident de  
(Nom Prénom du joueur) .....né(née) le .....  
domicilié à .....autorise par la présente:

Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire

Le responsable de l'association, du comité FFR

- à prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en  
établissement de soins

- à reprendre l'enfant à la sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des  
parents ou du représentant légal

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom Prénom du joueur:.....

Adresse des parents:.....

.....

Nom et prénom de la personne à joindre:.....

Qualité: père mère autre(préciser).....

Adresse et n°tel:

.....  
.....

Numéro de sécurité sociale:.....

Complémentaire / mutuelle : .....

Nom du médecin traitant:.....n°tel:.....

Adresse:.....

Date:

Signatures:



# CHARTRE DE BONNE CONDUITE DURANT LES DEPLACEMENTS AVEC LE XV DES GAVES

## Obligations

- Je monte et m'installe **calmement** dans le bus
- **Je m'assois sur un siège et j'attache ma ceinture de sécurité** et j'attends l'arrêt complet du car avant de la détacher,
- Durant le trajet, **je ne me déplace pas**, je ne crie pas, je ne me bagarre pas .
- Je **respecte mon environnement** : mes camarades, le chauffeur et le matériel.
- Je **suis irréprochable** : ponctualité, politesse, propreté...

**LE TRANSPORT EST UN PRIVILEGE.**



**Tout manquement aux règles de cette charte, Pourra entraîner une exclusion du joueur de la navette pour une durée indéterminée.**

Signature du joueur :

Signature des parents :