



ECOLE DE RUGBY
- LA CÔTE -

FORMULAIRE D'INSCRIPTION / REGISTRATION FORM

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULES / PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS

A remettre à la secrétaire avec une photocopie de la carte d'identité et une photo d'identité du joueur.

MEMBRE/MEMBER

NOM/NAME.....

PRENOM/SURNAME.....

ADRESSE/ADRESS.....

CODE POSTAL+VILLE /ZIP&TOWN.....

DATE DE NAISSANCE/DATE OF BIRTH.....

NATIONALITE/NATIONALITY.....

ASSURANCE ACCIDENT/ACCIDENT INSURANCE.....

REPRESENTANT LEGAL/LEGAL REPRESENTATIVE

NOM/NAME

PRENOM/SURNAME

ADRESSE/ADRESS

CODE POSTAL+VILLE /ZIP&TOWN

E.MAIL

TELEPHONE

NATEL/MOBILE

En cas d'urgence/for Emergency.....

Nous vous informons que des photos des joueurs de l'école de Rugby peuvent être prises lors de manifestation (tel que tournois, déplacements...) et certaines publiées sur notre site internet.

LIEU/PLACE -DATE

SIGNATURE

Ecole de rugby La Côte – Avenue de la Gare 27 – 1180 Rolle
Téléphone : 079 908 73 66
E-mail : info@rugbylacote.ch ou president@rugbylacote.ch
Web : www.rugbylacote.ch

Examen médico-sportif (à conserver par le praticien)

Nom, prénom:	Date de l'examen:
Date de naissance:	Examineur/trice:

s.c. constatations importantes

1. Tête/cou


Yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lunettes/verres de contact	<input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g
Nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dentition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gorge/Amygdales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oreilles/Tympan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
autre				

2. Thorax/poumons

Auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Battement du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cage thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre		

3. Coeur/circulation

Pouls: /min	TA:	mmHg
Auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Battements du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouls périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


1e BC 2e BC 1e BC

s.c. constatations importantes

4. Ganglions lymphatiques

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> cervicaux dr / g | <input type="checkbox"/> axillaires dr / g |
| <input type="checkbox"/> inguinaux dr / g | <input type="checkbox"/> autre |
-

5. Peau

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|
-

6. Abdomen

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Palpation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Foie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hernies/Organes génitaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

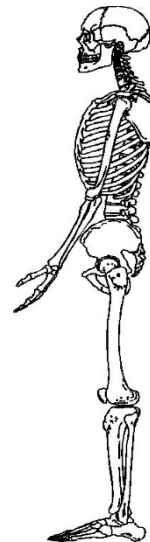
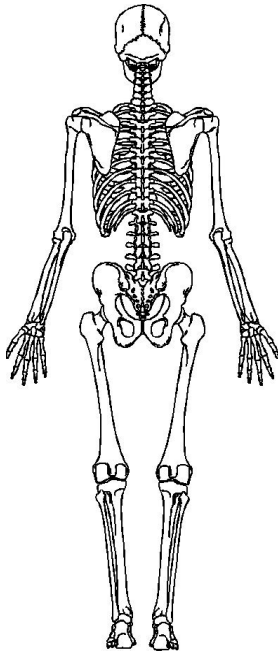
7. Système nerveux

- | | | | | |
|-------------|--------------------------|---|--|--------------------------------|
| Réflexes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> achilléen dr/g | <input type="checkbox"/> rotulien dr/g | <input type="checkbox"/> autre |
| Sensibilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Motricité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

8. Colonne vertébrale/tronc

Démarche/Posture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bascule vers	<input type="checkbox"/> dr	<input type="checkbox"/> g	minus en cm
Articulation sacro-iliaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Longueur de jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Colonne cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Colonne dorsale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Colonne lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ceinture scapulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Coudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Genoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Chevilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Résultats spécifiques à la discipline sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Etirement muscu- laire/souplesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Marquer les constatations pathologiques: _____



CERTIFICAT MEDICAL

(A renvoyer a la FSR par e-mail : fsr@suisserugby.com)

Je soussigné(e), Docteur _____

certifie avoir examiné, en respectant l'examen médico-sportif recommandé par Swiss Olympic

○M^{me} ○M.: _____

né(e) le (jj/mm/aaaa) : _____

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du RUGBY en compétition

Date (jj/mm/aaaa) : _____

Signature et tampon du praticien

obligatoires