



COMITE DEPARTEMENTAL SPORT ADAPTE NORD  
RUGBY CLUB CAMBRAI



# JOURNEE RUGBY !!

LE MERCREDI 29 AVRIL 2020  
9H30 – 15H30

AU RUGBY CLUB CAMBRAI  
STADE RENE CABROS  
RUE DU TRAIN DE CAR  
59400 CAMBRAI



MINISTÈRE DES SPORTS,  
DE LA JEUNESSE,  
DE L'ÉDUCATION  
POPULAIRE ET DE  
LA VIE ASSOCIATIVE

**CNDS**  
CENTRE NATIONAL  
POUR LE  
DÉVELOPPEMENT  
DU SPORT



ville de Cambrai



Comité Départemental Sport Adapté du Nord, 60 rue ravennes 59910 BONDUES  
Tel : 03 20 03 65 84 Fax : 03 20 03 65 85 Mail : [ffsa59cd@wanadoo.fr](mailto:ffsa59cd@wanadoo.fr) Site : [www.sportadapte5962.org](http://www.sportadapte5962.org)  
Facebook : Comité Départemental Sport Adapté Nord

Agréé par la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports. Membre du Comité Régional Olympique et Sportif du Nord Pas de Calais

## PROGRAMME DE LA JOURNEE

9h30 – 10h00 : Accueil des sportifs

10h00 – 12h00 : Ateliers à la découverte du Rugby

12h00 – 13h30 : Repas

13h30 – 15h30 : Mini-matches ou ateliers

## MODALITES D'INSCRIPTION

Cette journée est ouverte aux personnes souffrant d'un handicap mental et/ou psychique, suivies dans une association ou un établissement médico-social et :

- titulaires d'une licence sportive annuelle FFSA,
- ou d'un pass' sportif à 10 euros (+ certificat de non contre-indication à la pratique du sport en cours de validité)

Cette rencontre permettra aux sportifs d'explorer et d'éprouver leurs capacités au travers de plusieurs ateliers sportifs adaptés.

Pour vous inscrire à cette journée, veuillez renvoyer la fiche d'inscription ci-jointe avant le

**17 AVRIL 2020**

**Le repas est à prévoir**

**A PARTIR DE 16 ANS**

**ATTENTION ! Pour des raisons d'organisation, le nombre de places est limité.**

# FICHE D'INSCRIPTION

## JEUDI C'EST RUGBY 29-04-20

A renvoyer avant le **17 AVRIL 2020** à :

[marion.grolleau@ffsa.asso.fr](mailto:marion.grolleau@ffsa.asso.fr)

NOM DU RESPONSABLE : \_\_\_\_\_

ASSOCIATION / ETABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

N°affiliation : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

NOM	PRENOM	DATE NAISSANCE	SEXE	N°LICENCE	Pass'sportif 10 euros
<b>TOTAL A PAYER</b> (chèque à l'ordre du CDSA 59) :					€

# CERTIFICAT MEDICAL

## CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES EN SPORT ADAPTÉ SAISON SPORTIVE 2019-2020

N° de licence FFSA : .....

Nom du club FFSA : .....

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie, après avoir examiné Mme, Mr .....

Né(e) le .....

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique de toute activité physique et sportive adaptée « hors compétition » que le licencié aura choisie (participation possible à des manifestations d'activités motrices, de sport loisir et de sport pour tous).

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique des activités physiques et sportives adaptées « en compétition », dans les disciplines suivantes (citer chacune des disciplines autorisées en compétition), que le licencié aura choisie :

-  
-  
-  
-

Restrictions ou remarques éventuelles : .....

NB : pour les disciplines concernées par l'article A. 231-1 du Code du sport, modifié par l'arrêté du 9 juillet 2018, se référer à ce texte (alpinisme, boxe anglaise, plongée subaquatique, rugby, spéléologie, etc.).

### Protection des données : Informations préalables

Les informations recueillies dans le présent certificat ont pour finalité l'obtention d'une licence d'une fédération sportive (article L. 231-2 du Code du sport). Ces informations sont enregistrées par l'association à des fins de saisie de la licence. Elles sont conservées pendant la durée contractuelle de la licence soit, à raison d'une saison sportive par l'association concernée et la date du certificat médical est mentionné dans le fichier informatisé tenu par la Fédération Française du Sport Adapté. Cette durée peut être prorogée dans le cas d'un renouvellement de licence (cf. page 2 du présent document). Le dossier du sportif comprenant ce certificat médical est également conservé à des fins d'archivage pendant une durée de 10 ans au maximum à compter du non renouvellement de sa licence par l'association concernée. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et d'un droit de rectification ou d'un droit de suppression des données vous concernant. Afin d'exercer ces droits, vous pouvez contacter l'association qui a saisi votre licence.

Fait à..... le .....

Signature et cachet du médecin :

# DROIT D'IMAGE

## JOURNÉE RUGBY 29-04-20

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- Accepte d'être photographié(e) et/ou être pris(e) en vidéo par le photographe de l'évènement JEUDI C'EST RUGBY du Mercredi 29 Avril 2020.
- N'accepte pas d'être photographié(e) et/ou être pris(e) en vidéo par le photographe de l'évènement JEUDI C'EST RUGBY du Mercredi 29 Avril 2020.

*Ces images peuvent être utilisées sous quelques formes que ce soit (Album de l'évènement, etc.) Je m'engage à ne pas tenir responsable le photographe ainsi que les organisateurs et toutes autres personnes agissant avec sa permission.*

En signant cet article, je déclare avoir lu les conditions du droit à l'image.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

*Signature :*

AU RUGBY CLUB CAMBRAI  
STADE RENE CABROS  
RUE DU TRAIN DE CAR  
59400 CAMBRAI

