

# Stockholm Exiles Rugby Football Club



Exiles välkomnar Dig som medlem och vän. Klubben grundades 1963 när en grupp utlänningar bosatta i Stockholm, och spelandes för andra klubbar, slog sig ihop. Idag är en majoritet av våra spelare svenskar, genom åren har dock många spelare från stora delar av världen spelat för Exiles. Våra förstalag har varit bland de bättre i landet i många år. Vårt mål är att spela rugby och ha kul medan vi gör det och i samband med det tävla om mästerskapstiteln.

Vi är den största klubben i Stockholm. Vi har för nuvarande två herrlag, två damlag samt junior och ungdomsspelare i åldrarna 6–19 år. Vi har ett antal spelare i landslaget i flera olika åldersgrupper. Vår hemmaplan är Årsta Rugby Center på Årstafältet.

För nyheter, ansvariga inom föreningen, träningstider och matchtider se vår websida: [www.exiles-rfc.org](http://www.exiles-rfc.org)

Du blir spelklar för klubben när Du fyllt i formuläret, betalat din medlemsavgift och lämnat tillbaka den ifyllda lappen till personen du fick den ifrån.

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer & ort: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Telefon, hem: \_\_\_\_\_

Telefon, arbete: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Telefon, övrigt: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

### *Extra information till spelarprofilen på klubbens hemsida (frivilligt)*

Jag ger härmed klubben tillstånd att publicera min bild och diverse information på klubbens hemsida.

Födelseort: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_ Vikt: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

Sysselsättning: \_\_\_\_\_

Övrigt skoj: \_\_\_\_\_

### *Hälsodeklaration*

Det är viktigt för klubben att veta att du är frisk när du skall spela med oss. Det är också mycket viktigt för våra ledare att veta om du äter någon medicin. Detta är konfidentiellt, men vi försöker se till att någon ledare på varje resa och match känner till dina behov. Glöm inte att Astmaspray och Insulin skall skrivas med om så krävs.

Jag är frisk i kropp och själ och tar inga dopingklassade preparat (se [www.rf.se](http://www.rf.se)).

Medicin: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### *Extra information för spelare under 18 år*

Namn & telefon (far): \_\_\_\_\_

Namn & telefon (mor): \_\_\_\_\_

Förmyndares e-mail adress: \_\_\_\_\_

Förmyndares signatur: \_\_\_\_\_