



**DETECTION U19F National – U17F Ligue
SAISON 2019/2020
Samedi 18 mai 2019**

PHOTO

ETAT CIVIL

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ___ / ___ / ___ Lieu : _____ Nationalité : _____
Adresse : _____
Ville : _____ CP : _____
Tel Père : _____ E-mail Père : _____
Tel Mère : _____ E-mail Mère : _____
Tel Joueuse : _____ E-mail Joueuse : _____
N° de licence FFF de la joueuse : _____

SITUATION FAMILIALE :

Parent(s) : concubinage / Marié / divorcé Nombre de frère(s) : _____ Sœur(s) : _____
Tuteur Légal : _____

SITUATION SCOLAIRE :

Classe actuelle : _____ Option(s) : _____ Langue(s) : _____ / _____
Filière souhaitée pour l'année suivante : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLUB ACTUEL :

Nom du club : _____ E-mail du club : _____
Au club depuis : _____ Club(s) antérieur(s) : _____
Adresse du club : _____ CP _____ Ville : _____
Educateur du joueur : _____ Tel éducateur : _____
E-mail éducateur : _____

Poste : GDB DEF MIL ATT **Niveau de pratique** (Ligue, District) :

Détails (axial, droit ou gauche, pied fort, autre poste...) :

RENSEIGNEMENT(S) COMPLEMENTAIRE(S) SUR VOTRE ENFANT :



AUTORISATION PARENTALE



A REMPLIR PAR LES PARENTS OU LE REPRESENTANT LEGAL :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____ Demeurant à _____
Téléphone : _____

Agissant en Qualité de :
(Rayer les mentions inutiles)

Père Mère Tuteur Légal

AUTORISE ma fille _____ A PARTICIPER à cette journée au sein du club de l'Us St Malo.

Atteste(nt) que mon enfant est bien **licenciée** et que sa licence est bien **validée médicalement**.

AUTORISE le médecin-responsable à pratiquer ou à donner en mon absence, tous les soins nécessités par l'état de santé de mon enfant, y compris l'hospitalisation d'urgence,
Ainsi qu'à autoriser toute intervention qui s'avérerait indispensable.
Je m'engage par ailleurs à régler tous les frais inhérents à ces actes et pour lesquels les modalités de remboursement par les organismes sociaux habituels m'incomberont directement.

CERTIFIE que mon enfant est à jour de ses vaccins, qu'il ne présente aucune allergie ou problème médical, et qu'il n'est pas soumis à un régime nutritionnel particulier.
Si un problème de ce type est connu, merci d'en préciser sa nature exacte ci dessous :

_____.

AUTORISE également le club de l'Us St Malo à utiliser pour la promotion des différentes opérations, les photographies et les enregistrements pris à titre individuel ou collectif.

Fait à _____ Le _____
« Lu et approuvé » signature