



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

SAISON 2024-2025

• L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

TELEPHONE FIXE : _____ TELEPHONE PORTABLE : _____

E-MAIL : _____

NOMBRE D'ANNEES DE PRATIQUE DU FOOT : _____

POSTE (rayer la mention inutile) Défenseur Milieu Attaquant

COMBIEN DE FOIS JE PEUX M'ENTRAINER DANS LA SEMAINE : _____

QUAND (entoure les jours) LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : _____

CLASSE : _____

• PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX

Responsable légal 1

NOM : _____

PRENOM : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE : _____

PROFESSION : _____

TELEPHONE FIXE : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____

E-MAIL : _____

Responsable légal 2

NOM : _____

PRENOM : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE : _____

PROFESSION : _____

TELEPHONE FIXE : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____

E-MAIL : _____

ARRIVEE AU STADE : Je l'accompagne seul à pied* seul à vélo* autres

DEPART DU STADE : Je le récupère il rentre seul* autres

*Le club décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet du stade.

Si votre enfant rentre avec une autre personne que vous, prévenez le responsable de l'équipe ou de la catégorie.

AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal) _____ autorise mon fils/ma fille _____ à pratiquer le football au sein du club de St Sylvain d'Anjou pour la saison 2024/2025.

Les enfants sont sous la responsabilité du club aux horaires indiqués dans le règlement intérieur selon la catégorie de pratique. Néanmoins, avant de laisser votre enfant au stade, assurez-vous de la présence d'un éducateur afin de transmettre le relais et prendre les informations utiles au fonctionnement de l'équipe et du club.

Noter "lu et approuvé", dater puis signer.

AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise les dirigeants du club à transporter mon enfant par les parents des autres joueurs afin de se rendre aux matchs en voiture particulière.

Noter "lu et approuvé", dater puis signer

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____ N° TEL : _____

N° DE SECURITE SOCIALE : _____

CAISSE COMPLEMENTAIRE : _____

EN CAS D'HOSPITALISATION : (rayer ce qui est inutile)

HOPITAL

CLINIQUE

NOM et ADRESSE : _____

RENSEIGNEMENT MEDICAUX

ALLERGIES : _____

(Rayer ou préciser)

ASTHME : _____

TRAITEMENT DE FOND : _____

AUTRES : _____

En cas d'accident, j'autorise par la présente les responsables de l'association sportive (dirigeant, éducateur ou responsable de l'équipe) à transporter mon enfant au centre hospitalier ou clinique le plus proche. Par ailleurs, si l'état de santé de mon enfant l'exige, je donne mon accord pour faire pratiquer par un médecin les soins nécessaires y compris une intervention chirurgicale.

Noter "lu et approuvé", dater puis signer

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné, _____ représentant légal agissant en qualité de _____, reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis et m'engage à le faire respecter par mon enfant.

Noter "lu et approuvé", dater puis signer

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné, _____, représentant légal, agissant en qualité de _____, AUTORISE – N'AUTORISE PAS*, que mon enfant ou moi-même figure sur les photographies ou support vidéos effectués par le club dans le cadre de ses activités. Ces documents pourront figurer sur les supports d'information et de communication du club (site internet, journal interne,...)

*Rayer la mention inutile

Noter "lu et approuvé", dater puis signe

ƒ

Responsable de l'école de football : Guillian GODET