



**PARCOURS DE PERFORMANCE FEDERALE**  
**U12G\_U13G\_U14G\_U15G\_U16G & U12F\_U13F\_U14F\_U15F**  
 SAISON 2022-2023



*Nous allons vous demander de remplir la fiche suivante afin que nous ayons les renseignements nécessaires demandés par la Ligue LAuRA Foot.*

**1ère étape : entourez la catégorie correspondant à celle de votre joueur(se) :**

U12F (née en 2011)	U13F (née en 2010)	U14F (née en 2009)	U15F (née en 2008)
U12G (née en 2011)	U13G (née en 2010)	U14G (née en 2009)	U15G (née en 2008)

**2ème étape : remplissez les cases avec les informations correspondantes :**

*( P.S: pour les représentants légaux séparés, veuillez nous renseigner **obligatoirement** au moins un numéro de téléphone portable par personne afin de pouvoir vous contacter si besoin).*

**INFORMATIONS SUR LE (LA) LICENCIE(E) :**

NOM		CLASSE & ETABLISSEMENT	
PRENOM		PRESENCE S.S.S.	
DATE DE NAISSANCE		EDUCATEUR OU R.T.J (CLUB)	
LIEU DE NAISSANCE (CODE POSTAL)		NOM	
ADRESSE POSTALE		PRENOM	
TAILLE		TEL. PORTABLE	
POIDS		MAIL	

**INFORMATIONS SUR LE OU LES REPRESENTANTS LEGAUX :**

*Personne n°1*

NOM		PRENOM	
TEL. DOMICILE		TEL. PORTABLE	
ADRESSE MAIL		ADRESSE POSTALE	

*Personne n°2*

NOM		PRENOM	
TEL. DOMICILE		TEL. PORTABLE	
ADRESSE MAIL		ADRESSE POSTALE	

## BULLETIN D'ENGAGEMENT

Je soussigné(e) (NOM - PRENOM) \_\_\_\_\_,

Autorise mon enfant (NOM - PRENOM) \_\_\_\_\_

à :

1/ Autorise le transport de celui-ci dans le véhicule mis à disposition par le district.

2/ Participer pour la saison 2022\_2023 à tous les stages, détectations, matches, tournois ou manifestations de football placés sur l'égide du district de football de Haute-Loire.

3/ Autorise le district à intervenir en cas d'urgence (accident ou situation grave) et à prendre toute mesure médicale après consultation d'un médecin.

4/ Autorise le district à publier des photos de mon enfant dans le cadre des activités sportives et extra-sportives auxquelles celui-ci participera.

**La signature de ce document entraîne de fait votre accord sur les conditions générales de notre association à l'égard de votre enfant (si vous n'êtes pas d'accord avec une ou plusieurs conditions, merci de nous le signaler en rayant la ou les mentions concernées) !**

A (insérer lieu)

le (insérer date)

Signature d'un représentant légal,

(possibilité d'insérer initiales ou signature électronique)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Afin de pouvoir fournir les informations adéquates aux professionnels de santé et de permettre une prise en charge efficace de votre enfant si le cas se présente, merci de nous transmettre les informations demandées ci-dessous :

MEDECIN TRAITANT					
NOM					
PRENOM					
NUMERO DE TELEPHONE					
RECOMMANDATIONS PARENTALES (port de lunettes/lentilles, appareil dentaire, blessures récentes, hygiène, alimentation, ...)			NUMERO DE SECURITE SOCIALE DE L'ENFANT		
ALLERGIES					
Alimentaires	Médicamenteuses	Autre(s) (précision(s) demandée(s))			
OUI / NON	OUI / NON				
VACCINS					
Diphthérie (obligatoire)	OUI	NON	Haemophilus	OUI	NON
Tétanos (obligatoire)	OUI	NON	Rubéole-Oreillons-Rougeole	OUI	NON
Poliomyélite (obligatoire)	OUI	NON	Hépatite B	OUI	NON
Coqueluche	OUI	NON	Peumocoque	OUI	NON
BCG	OUI	NON	Autre(s) (préciser)		

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ (insérer nom-prénom ou M./MME-nom)

**responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

A

(insérer lieu)

, le (insérer date)

Signature d'un représentant légal,

(possibilité d'insérer initiales ou signature électronique)