



PARCOURS DE PERFORMANCE FEDERALE
U12G_U13G_U14G_U15G_U16G & U12F_U13F_U14F_U15F
SAISON 2024-2025



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

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

| | | | | |
|------|------|------|------|--------------|
| U12F | U13F | U14F | U15F | ___ G FUTSAL |
| U12G | U13G | U14G | U15G | U16G |

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) _____,

Autorise mon enfant _____ à :

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

2/ Participer pour la saison 2024_2025 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) !

Fait à _____

le _____

Signature d'un représentant légal : _____

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 | | | | | |
| Diphtérie (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 | Pneumocoque | OUI | NON |
| BCG | OUI | NON | Autre(s) (préciser) | | |

Je soussigné(e) :

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

Fait à _____

, le _____

Signature d'un représentant légal, _____