



Parcours de Performance Fédéral Masculin
U13G_U14G - Saison 2021_2022



Nous allons vous demander de remplir la fiche suivante afin que nous ayons les renseignements nécessaires demandés par le Pôle Espoir Garçon de Lyon et la LAURA Foot.

1ère étape, entourez la catégorie correspondant à celle de votre joueuse :

U14G (né en 2008)

U13G (né en 2009)

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 portable par personne afin de pouvoir vous contacter si besoin).

INFORMATIONS SUR LE LICENCIÉ :

NOM		PRENOM	
DATE DE NAISSANCE		LIEU DE NAISSANCE (CODE POSTAL)	
ADRESSE POSTALE		CLASSE & ETABLISSEMENT	
PRESENCE EN SECTION SPORTIVE <i>(Si oui, merci de nous préciser le nombre de séance par semaine)</i>		NOM / PRENOM / NUMERO DE TEL. « COACH »	
TAILLE		POIDS	

INFORMATIONS SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :

Personne n°1	NOM		PRENOM	
	TEL. DOMICILE		TEL. PORTABLE	
	ADRESSE EMAIL		ADRESSE POSTALE	
Personne n°2	NOM		PRENOM	
	TEL. DOMICILE		TEL. PORTABLE	
	ADRESSE EMAIL		ADRESSE POSTALE	

Bulletin d'engagement :

Je soussigné(e) (NOM – Prénom)..... ,
autorisant mon enfant (NOM – Prénom) à :

- Autorise le transport de celui-ci dans le véhicule mis à disposition par le district.
- Participer pour la saison 2021/2022 à tous les stages, détections, matches, tournois ou manifestations de football placés sous l'égide du district de football de la Haute-Loire.
- Autorise le district à intervenir en cas d'urgence (accident ou situation grave) et à prendre toute mesure médicale après consultation d'un médecin.
- 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 , 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 :

- Nom / Prénom / Numéro de téléphone du médecin traitant :
- Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, d'appareil dentaire, autres, ...):
- Numéro de sécurité sociale de l'enfant :

Allergies :					
Alimentaires		Médicamenteuses		Autre(s) (précision(s) demandée(s))	
Oui	Non	Oui	Non	
Vaccins :					
Diptérie (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
BC G		Oui	Non	Autres (préciser)	

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

A , le / / Signature d'un représentant légal,