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 ou surlignez 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 SECTION SPORTIVE SCOLAIRE**	
DATE DE NAISSANCE		***EDUCATEUR OU R.T.J (CLUB)***	
LIEU DE NAISSANCE (CODE POSTAL)		**NOM**	
ADRESSE POSTALE		**PRENOM**	
TAILLE / POIDS		**TEL. PORTABLE**	
POSTE JOUE / PIED DE FRAPPE		**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, détections, 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					
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	**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)