

## DISTRICT de ...

### JOUEURS nés en 2012

#### 1) RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : ..... Nationalité : .....

Tél. : ..... - Adresse Mail : .....

#### 2) RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Année	Classe	Nom de l'établissement scolaire	Structures antérieures *
2024-2025			

\* Si vous avez été en Section Sportive 6è - 5è ou 4è - 3è, inscrivez S.S.

Classe demandée : ..... ( Un dossier scolaire complémentaire sera établi ultérieurement. )

#### 3) RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Club actuel : .....	Nombre d'entraînement / Semaine		
Niveau actuel de compétition :	Départemental <input style="width: 30px;" type="text"/>	Régional <input style="width: 30px;" type="text"/>	Nombre de matches à ce jour <input style="width: 60px;" type="text"/>

POSTE PRINCIPAL			POSTE(S) SECONDAIRE(S)				
	1			1		Taille	<input style="width: 80px;" type="text"/>
2	4	3	2	4	3	Poids	<input style="width: 80px;" type="text"/>
	5			5			
7		6	7		6	Droitier	<input style="width: 80px;" type="text"/>
	8			8		Gaucher	<input style="width: 80px;" type="text"/>

**Entourez les chiffres correspondants (1 seul)**

Nom & Prénom de l'éducateur : ..... N° de téléphone pour contact éventuel : .....

#### CADRES RESERVES AUX PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL

##### AUTORISATIONS (Attention, doubles signatures)

*( Le transport est sous la responsabilité des parents )*

En cas d'accident nécessitant une intervention immédiate, tant médicale que chirurgicale ( avec ou sans anesthésie ) y compris l'hospitalisation , j'autorise (1) le responsable de la Ligue du Centre de Football à faire effectuer cette intervention sur avis médical. Je certifie également que mon fils est à jour de ses vaccinations.

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Tel ( appel urgent ) : \_\_\_\_\_

**(1) Un refus implique que les parents sont en mesure de prendre en charge immédiatement leur enfant**

**Signature précédée de la mention "lu et approuvé"**

Numéro de licence F.F.F. de l'enfant :

.....

. Certifie l'exactitude des renseignements

. Autorise mon fils à participer aux différentes détectations préparatoires à l'entrée du pôle espoirs.

Date : ...../...../2025

**Signature des parents ou tuteur légal:**