



Section sportive scolaire FUTSAL



Fiche de renseignement du joueur

Nom _____	Prénom _____	Photo
Date, lieu de naissance _____	Code postal _____	
Adresse _____	Ville _____	
Tél _____	Mail _____	

Renseignements sportifs

	Joueur de champ <input type="checkbox"/>	Gardien <input type="checkbox"/>
Club _____	Entraîneur _____	
Niveau de jeu _____	Droitier _____	Gaucher _____
Taille _____	Sélections _____	
Poids _____		

Renseignements scolaires

Nom établissement actuel _____

Adresse _____

Ville _____

Rentrée 2017 en classe de

Représentant légal du joueur

Nom _____

Prénom _____

Profession _____

Adresse _____

Ville _____

Portable _____

Domicile _____

Email _____

Autorisation parentale & décharge médicale

Je soussigné,..... (père, mère) de l'enfant....., autorise mon fils à participer aux séances de détection qui seront organisées à Saint Apollinaire sur convocation individuelle.

J'autorise le responsable du rassemblement à faire transporter mon fils à l'établissement hospitalier le plus proche pour y recevoir les soins ou subir toute intervention qui serait reconnue nécessaire ou urgente par le médecin.

Fait à

Le

Signature