



# DISTRICT du CHER de FOOTBALL

## FICHE de RENSEIGNEMENTS



JOUEURS nés en 2007

### 1) RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Tél. : ( domicile ) \_\_\_\_\_ ( portable ) \_\_\_\_\_ ( travail ) \_\_\_\_\_

### 2) RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Année	Classe	Nom de l'établissement scolaire	Structures antérieures *
2019 - 2020			

\* 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 → _____		Régional → _____		Nombre de matches à ce jour → _____
<b>POSTE PRINCIPAL</b>	Entourez les chiffres ←→ correspondants (1 seul)	<b>POSTE(S) SECONDAIRE(S)</b>	Taille _____ Poids _____ Droitier _____ Gaucher _____	
1 4      5 2      6      3 7 8		1 4      5 2      6      3 7 8		

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

### CADRES RESERVES AUX PARENTS DU 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 (l) le responsable de la Ligue du Centre VDL 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 : \_\_\_\_\_

Tél ( appel urgent ) : \_\_\_\_\_

*(l) 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 à la détection préparatoire au concours d'entrée du pôle espoirs.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2020

**Signature des parents ou tuteur légal:**

Ce document doit impérativement parvenir au référent Préformation de votre département  
**le jour du stage au plus tard (tout dossier incomplet sera refusé)**  
 Joindre 3 enveloppes libellées à l'adresse personnelle et affranchies

<b>RESERVE DISTRICT</b>	<b>OBSERVATION SUR LE JOUEUR / FAIT PARTIE DES 3 MEILLEURS JOUEURS</b>	OUI - NON
-------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------