



Pôle Espoirs

Concours d'entrée 2019 (nés en 2006)

DOSSIER D'INSCRIPTION

Photo
Obligatoire
à coller ici

District d'appartenance : _____

LE JOUEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / 2006

Lieu de Naissance : _____

Nationalité : _____

Club : _____

Educateur du club : _____

Qualification : _____

① : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

@ : _____

Droitier

Gaucher

Taille : _____ cm

Poids : _____ kg

Pointure : _____

Début de la pratique à : _____ ans

Nombre d'entraînements par semaine :

1 2 3 4 5

Section Sportive Scolaire : OUI NON

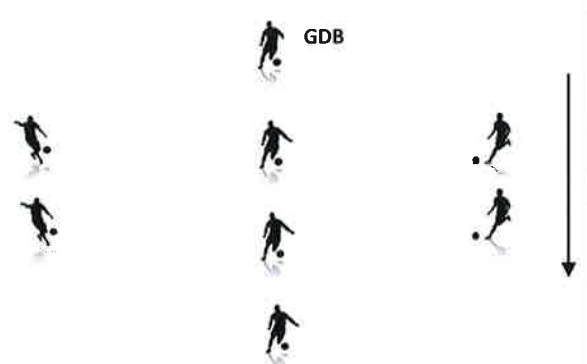
Nom de l'établissement : _____

CP : _____ Ville : _____

Poste principal en football à 8 (entourer la réponse)



Poste secondaire en football à 8 (entourer la réponse)



Coordonnées des parents :

Monsieur : _____

Adresse : _____

CP : _____

Ville : _____

Profession : _____

① : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

@ : _____

Madame : _____

Adresse : _____

CP : _____

Ville : _____

Profession : _____

① : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

@ : _____



Pôle Espoirs

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE FOOTBALL
LIGUE DE FOOTBALL DES PAYS DE LA LOIRE

AUTORISATION PARENTALE DU CONCOURS 2019/2021

Je soussigné(e) M. ou Mme :

Demeurant (adresse) :

Code postal : Ville :

Téléphone : _____

Exerçant pleinement l'autorité parentale de (nom, prénom) :

Né le : \ \ \ 2006 Licencié au club : N° CLUB : _____

N° affiliation : _____

Autorise mon fils à participer à toutes les épreuves prévues dans le cadre du concours d'entrée 2019 au Pôle Espoirs de Saint Sébastien sur Loire durant les journées ou les rassemblements prévus à cet effet.

Il s'engage à se présenter en cas de réussite successive aux différentes épreuves de l'entrée définitive au pôle.

Je certifie que mon fils ne fait l'objet d'aucune contre-indication médicale.

En cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention tant médicale que chirurgicale, avec ou sans anesthésie, y compris l'hospitalisation, 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.

J'autorise, Je n'autorise pas (rayer la mention inutile) la Ligue de Football des Pays de la Loire à procéder à titre gracieux, à utiliser les photographies et vidéos de mon fils dans le cadre du concours du Pôle Espoirs pour diffusion sur le site internet et les réseaux sociaux.

N° de sécurité sociale du parent : _____

Nom de la mutuelle : N°

N° de téléphone en cas d'urgence : _____

Cet imprimé est obligatoire pour permettre la participation aux journées de détection organisées par la Ligue de Football des Pays de la Loire (il doit être remis au responsable de la journée dès l'arrivée du joueur sur le site).

IMPORTANT, veuillez préciser éventuellement les indications suivantes :

Contre-indications alimentaires :

.....

Médicaments à ne pas administrer :

.....

Signature précédée de la mention

« Pris connaissance et approuvé »

Fait à

Le