|  |
| --- |
|  |
|   | **ASSOCIATION SPORTIVE FOOTBALL****DE BOMBON** |

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Nom et Prénom de l’enfant :**

**Date de Naissance : Lieu :**

**Adresse :**

**N° de Téléphone :**

**Adresse E-Mail :**

**Père : @**

**Mère :**

**Nom et Prénom du Père, de la mère, ou du tuteur légal : ……………………………..**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**Nom et N° de téléphone d’une personne à contacter d’urgence : ………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**Nom et N° de téléphone du médecin traitant :**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**Allergies connues :**

**……………………………………………………………………………………………**

**En cas d’accident je souhaite que mon enfant soit hospitalisé à :**

**…………………………………………………………………………………………**

**Fait à BOMBON le : ……………………………………………………………………..**

Président : Gilbert LOUBINOU Responsable Jeunes : Jean Louis LENOIR

4 Rue de Bréau 6 rue de Provins

77720 BOMBON 77720 BOMBON

Tel : 01 64 38 73 62 Tel : 06 21 38 22 97