



## JOURNEES PORTES OUVERTES AS CRAPONNE

**FUTUR U17 - JOUEUR NÉ EN 2002 (U17) / 2003 (U16)**

**COORDONNEES JOUEUR / JOUEUSE :**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_ **CATEGORIE :** U \_\_\_\_\_

• **DATE DE NAISSANCE :**

• **ADRESSE POSTALE :**

○ **Père :**

○ **Mère (Si différente):**

• **TELEPHONES :**

○ **Père :**

○ **Mère :**

○ **Joueur :**

• **ADRESSE(S) MAIL(S) :**

○ **Père :**

○ **Mère :**

○ **Joueur :**

• **CLUB ACTUEL :**

Sans club

• **POSTE OCCUPÉ (Si fixe) :**

• **NOMBRE D'ANNEES DE PRATIQUE DU FOOTBALL EN CLUB :**

### **AUTORISATION PARENTALE**

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_

- Autorise mon enfant à effectuer une détection à l'AS Craponne
- Atteste que mon enfant bénéficie des conditions médicales lui permettant d'effectuer cet essai.
- Je prends acte que l'AS Craponne décline toute responsabilité en cas d'accident ou incident survenant lors de cette détection

**SIGNATURE, Précédée de la mention « LU ET APPROUVE" :**

-----  
**APPRECIATIONS EDUCATEURS :**

- **Date de la / des détection(s) :**
- **Niveau d'implication du joueur (1 à 10) :**
- **Niveau technique (1 à 10) :**
- **Commentaires :**