



JOURNEES PORTES OUVERTES AS CRAPONNE

FUTUR U9 - JOUEUR NÉ EN 2010 (U9) / 2011 (U8)

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 :**

