



ASSOCIATION SPORTIVE DE REDING

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

NOM :Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse

.....
.....

Téléphone portable :/...../...../...../.....

Téléphone mère :/...../...../...../.....

Téléphone père :/...../...../...../.....

E-mail :

Taille : Poids :

Groupe sanguin de l'enfant :

MUTUELLE :

N° SECURITE SOCIALE :

DATE CHOISIE

U13 à U16 FEMININES (2006/2005/2004/2003) 26 Mai de 10H30 à 12H00

U13 à U16 FEMININES (2006/2005/2004/2003) 9 Juin 2018 de 10H30 à 12H00

RENSEIGNEMENTS FOOTBALL

Club actuel :

Catégorie :

Poste occupé n°1 : Poste occupé n°2 :

Pied fort :

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Classe et établissement fréquentés en 2017-2018 :

.....

Classe et établissement prévus ou souhaités en 2018-2019 :

.....

Siège Administratif : « Stade Municipal, Rue des sports 57445 REDING »

Contact : Stéphane TRAPP (Responsable école de football) **Tel** : 06-07-13-82-45

Facebook : A.S. Réding

E. Mail : Reding.as@sfr.fr



ASSOCIATION SPORTIVE DE REDING

DETECTIONS 2018

AUTORISATION PARENTALE

PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

Je soussigné(e) Monsieur, Madame.....
Demeurant :
Adresse.....
CP :.....
VILLE.....

Agissant en qualité de : **PERE – MERE – TUTEUR LEGAL**

Autorise (nom et prénom du joueur).....

- mon enfant à participer aux entraînements proposés par l'Association Sportive de REDING.
- A participer aux détections 2018 qui se déroulent durant les mois de Mai et Juin 2018 au Stade Municipal, Rue des Sports 57445 REDING
- J'atteste que mon enfant ne présente aucune indication à la pratique du football et qu'il a passé une visite médicale à jour et récente.
- Certifie avoir souscrit une assurance à responsabilité civile pour mon enfant
- M'engage à reverser à l'Association Sportive de REDING le montant des dépenses éventuellement engagées pour la prise en charge médicale de mon enfant
- Je prends l'engagement qu'il respectera scrupuleusement les consignes qui lui seront données par les responsables et autorise l'animateur ou son représentant dûment accrédité à prendre toutes les dispositions en cas d'urgence et particulièrement en cas d'accident.

A
Le...../...../2018

Nom et Signature du représentant légal

Siège Administratif : « Stade Municipal, Rue des sports 57445 REDING »

Contact : DRUSKE Jean-Marc **Tel** : 06-48-13-41-29

Facebook : A.S. Réding

E. Mail : Reding.as@sfr.fr