



US BRIOLLAY FOOTBALL



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019

• LE JOUEUR

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

E-MAIL : _____ TELEPHONE PORTABLE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

• PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX

PERE ou TUTEUR

NOM : _____

PRENOM : _____

TELEPHONE FIXE : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____

E-MAIL : _____

MERE OU TUTRICE

NOM : _____

PRENOM : _____

TELEPHONE FIXE : _____

TELEPHONE PORTABLE : _____

E-MAIL : _____

ARRIVEE AU STADE : Je l'accompagne seul à pied* seul à vélo* autres

DEPART DU STADE : Je le récupère il rentre seul* autres

(Entourer la ou les réponses exactes)

*Le club décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet du stade.

Si votre enfant rentre avec une autre personne que vous, prévenez le responsable de l'équipe ou de la catégorie.

AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal) _____ autorise mon
fils/ma fille _____ à pratiquer le football au sein du club de US BRIOLLAY pour la saison 2018 /
2019, à Briollay.

Les enfants sont sous la responsabilité du club pendant les entraînements de votre enfant. Néanmoins, avant de laisser votre enfant au stade, assurez-vous de la présence d'un éducateur afin de transmettre le relais et prendre les informations utiles au fonctionnement de l'équipe et du club.

Noter « lu et approuvé », dater puis signer.

AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise les dirigeants du club à transporter mon enfant par les parents des autres joueurs afin de se rendre aux
matchs en voiture particulière.

Noter « lu et approuvé », dater puis signer

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____ N° TEL : _____

N° DE SECURITE SOCIALE : _____

CAISSE COMPLEMENTAIRE : _____

EN CAS D'HOSPITALISATION : (rayer ce qui est inutile) HOPITAL CLINIQUE

NOM et ADRESSE : _____

RENSEIGNEMENT MEDICAUX ALLERGIES : _____

(Rayer ou préciser) ASTHME : _____

TRAITEMENT DE FOND : _____

AUTRES : _____

En cas d'accident, j'autorise par la présente les responsables de l'association sportive (dirigeante, éducatrice ou responsable de l'équipe) à transporter mon enfant au centre hospitalier ou clinique le plus proche. Par ailleurs, si l'état de santé de mon enfant l'exige, je donne mon accord pour faire pratiquer par un médecin les soins nécessaires y compris une intervention chirurgicale.

Noter « lu et approuvé », dater puis signer

CHARTRE DU CLUB

Je soussigné, _____ représentant légal agissant en qualité de _____, reconnais avoir pris connaissance de la charte du club qui m'a été remise et m'engage à la faire respecter par mon enfant.

Noter « lu et approuvé », dater puis signer

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné, _____, représentant légal, agissant en qualité de _____, **AUTORISE – N'AUTORISE PAS***, que mon enfant ou moi-même figure sur les photographies ou support vidéos effectués par le club dans le cadre de ses activités. Ces documents pourront figurer sur les supports d'information et de communication du club (site internet, journal interne, facebook, ...)

***Rayer la mention inutile**

Noter « lu et approuvé », dater puis signer

ACTIVITES DU CLUB

Une association sportive a besoin de bénévoles pour fonctionner et apporter des prestations de qualités à ses adhérents. Nous demandons à chacun de bien vouloir apporter son aide, même très ponctuellement dans l'année, pour assurer le dynamisme des activités du club.

Remplissez les rubriques suivantes afin de préparer la réunion des parents du début de saison.

J'accepte de participer aux activités du club	OUI	NON		
Je participerai à la réunion des parents de début de saison	OUI	NON		
J'effectuerai une permanence à la buvette le samedi après-midi	OUI	NON		
Je participerai aux événements sportifs (plateaux, tournoi de Noël, tournoi de fin d'année)	OUI	NON		
J'accompagnerai l'équipe de mon enfant en déplacement	OUI	NON		

Je peux m'investir autrement : _____

