

# DISTRICT d' INDRE et LOIRE de FOOTBALL

## STAGE de PERFECTIONNEMENT



**JOUEURS nés en 2006**

### 1) RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : ..... Nationalité : .....

Tél. : ( domicile ) ..... ( portable ) ..... ( travail ) .....

### 2) RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Année	Classe	Nom de l'établissement scolaire	Structures antérieures *
2018-2019			

\* Si vous avez été en Section Sportive 6è - 5è ou 4è - 3è, inscrivez S.S.

Classe demandée : ..... ( Un dossier scolaire complémentaire sera établi ultérieurement. )

### 3) RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Club actuel : .....	Nombre d'entraînement / Semaine	
Niveau actuel de compétition : Départemental		Régional
		Nombre de matches à ce jour

POSTE PRINCIPAL			POSTE(S) SECONDAIRE(S)			Taille	Poids
1			1				
2	4	3	2	4	3	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
	5			5			
7		6	7		6	Droitier	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
	8			8		Gaucher	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

**Entourez les chiffres correspondants (1 seul)**

Nom & Prénom de l'éducateur : ..... N° de téléphone pour contact éventuel : .....

### CADRES RESERVES AUX PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL

**AUTORISATIONS (Attention, doubles signatures)**

*( Le transport est sous la responsabilité des parents )*

En cas d'accident nécessitant une intervention immédiate, tant médicale que chirurgicale ( avec ou sans anesthésie ) y compris l'hospitalisation , j'autorise (1) le responsable de la Ligue du Centre de Football à faire effectuer cette intervention sur avis médical. Je certifie également que mon fils est à jour de ses vaccinations.

N° de Sécurité Sociale : .....

Tel ( appel urgent ) : .....

***(1) Un refus implique que les parents sont en mesure de prendre en charge immédiatement leur enfant***

***Signature précédée de la mention "lu et approuvé"***

Numéro de licence F.F.F. de l'enfant :

.....

Certifie l'exactitude des renseignements

Autorise mon fils à participer à la détection préparatoire au concours d'entrée du pôle espoirs.

Date : ...../...../2019

**Signature des parents ou tuteur légal:**

Ce document doit impérativement parvenir au référent Préformation de votre département  
**le mercredi 17 avril au plus tard (tout dossier incomplet sera refusé)**

**District 37 de Football - 2 Avenue Camille Chautemps - 37000 TOURS**

**Joindre 3 enveloppes libellées à l'adresse personnelle et affranchies**

RESERVE DISTRICT	OBSERVATION SUR LE JOUEUR / FAIT PARTIE DES 3 MEILLEURS JOUEURS	OUI - NON
------------------	---	-----------