



AUTORISATION PARENTALE

2022/2023

Je soussigné,

M. ou Mme :		
Demeurant (adresse complète) :		
Code Postal :	Ville :	
Tél (1) :	Tél (2) :	Email :

Agissant en qualité de : PERE - MERE - TUTEUR LEGAL (*Rayer les mentions inutiles*) autorise mon enfant :

NOM, Prénom : **Né(e) le** :

A participer à toute épreuve (stage, tournoi, match,...) organisée par la Fédération Française de Football, la Ligue Centre-Val de Loire de Football et/ou ses Districts durant la saison sportive 2022/2023.

En cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention tant médicale que chirurgicale, avec ou sans anesthésie, y compris l'hospitalisation, j'autorise le responsable du rassemblement à faire transporter le cas échéant mon enfant vers l'établissement hospitalier le plus proche pour y recevoir les soins ou subir toute intervention qui serait reconnue nécessaire ou urgente par le médecin. (*Un refus implique que les parents soient en mesure de prendre en charge immédiatement leur enfant*).

N° de sécurité sociale des parents :		
N° et nom de la Mutuelle :		
Date des vaccinations antitétaniques (joindre photocopie carnet vaccinations)		
Téléphone en cas d'urgence :		

Je m'engage à prendre en charge les frais occasionnés par tout délit que mon enfant pourrait commettre lors de sa participation à l'une des épreuves organisée par la Fédération Française de Football, la Ligue Centre-Val de Loire de Football et/ou ses Districts.

Important : Veuillez préciser ci-après les indications suivantes concernant votre enfant :

Contre-indications alimentaires :
Médicaments à ne pas administrer et/ou toute autre allergie :

De plus, j'autorise la Fédération Française de Football, la Ligue Centre-Val de Loire de Football et/ou ses Districts à utiliser les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.

Cet imprimé est obligatoire pour la participation de votre enfant à toute épreuve (stage, tournoi, match,...) organisée par la Fédération Française de Football, la Ligue Centre-Val de Loire de Football et/ou ses Districts durant la saison sportive 2022/2023.

Fait à
Le

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

District :

Catégorie :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ETAT CIVIL

PHOTO

OBLIGATOIRE

NOM

Prénom

Date et Lieu de Naissance

Coordonnées	Port Père :	Port Mère :
	Port Enfant :	Mail :

SITUATION SCOLAIRE

Classe Etablissement

Section Sportive et nom **OUI/NON**

SITUATION SPORTIVE

CLUB

Equipe Poste 1

Niveau Poste 2

Pied fort

Entraîneur Portable

Entraînement (jours et heures)

Taille cm Poids kg Pointure

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

(A compléter par les parents et à remettre sous pli cacheté au responsable de la délégation)

Nom : Prénom : Saison :
Né le : Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :
Catégorie : Adresse : N° Téléphone :

Avez-vous été hospitalisé ? Oui* Non *Précisez :
Avez-vous été opéré ? Oui* Non *Précisez :
Avez-vous des troubles de la vue ? Oui* Non *Portez-vous des Lunettes Lentilles

Souffrez-vous de diplopie (vision dédoublée par instant)? Oui* Non

Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité physique durant la dernière saison?
 Oui* Non

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?

- Accident, maladie cardiaque ou vasculaire Oui* Non *Précisez l'âge :
- Mort subite (y compris du nourrisson) Oui* Non *Précisez l'âge :

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un(e) effort ?

- Malaise/perte de connaissance Oui* Non
- Fatigue/essoufflement inhabituel Oui* Non
- Douleur thoracique Oui* Non
- Palpitation Oui* Non

Avez-vous un(e) ?

- Maladie cardiaque Oui* Non
- Maladie des vaisseaux Oui* Non
- Eté opéré du cœur/des vaisseaux Oui* Non
- Diabète Oui* Non
- Cholestérol élevé Oui* Non
- Souffle cardiaque Oui* Non
- Trouble du rythme Oui* Non
- Hypertension artérielle Oui* Non
- Ne sais pas
- Ne sais pas

Avez-vous déjà eu un(e) ?

- Electrocardiogramme Oui* Non *date et résultats :
- Echocardiogramme Oui* Non *date et résultats :
- Epreuve d'effort maximal Oui* Non *date et résultats :

Fumer-vous ? Oui* Non *nombre par jour ?
Depuis quelle date ?

Avez-vous des allergies ? Oui* Non *Précisez :
Prenez-vous des traitements régulièrement ? Oui* Non *Précisez :
Vos dents sont-elles en bon état ? Oui* Non
Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? Oui* Non *Précisez :

Date de vaccination contre le tétanos ?

Joindre photocopie des vaccinations à jour du carnet de santé à remettre au responsable de délégation

Je soussigné(e), M....., père, mère ou représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature :



SAISON 2022/2023

AUTORISATION POUR TRANSPORT PAR AUTOCAR ET VOITURE PARTICULIERE

Je soussigné M. ou Mme autorise la Ligue et ses Districts à prendre en charge et à transporter mon enfant durant toute la saison 2022/2023 soit du 1^{er} Juillet 2022 au 30 Juin 2023 par autocar et/ou voiture particulière.

Fait à, le

Signature