



AUTORISATION PARENTALE

2024/2025

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 2024/2025.

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 :	
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 organisées 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 2024/2025.

Fait à

Le

Signature précédée de la mention

« Lu et approuvé »

District :

Catégorie :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ETAT CIVIL

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(é) :

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/perde de connaissance Oui* Non ➤ Douleur thoracique Oui* Non

➤ Fatigue/essoufflement inhabituel Oui* Non ➤ Palpitation Oui* Non

Avez-vous un(e) ?

➤ Maladie cardiaque Oui* Non ➤ Souffle cardiaque Oui* Non

➤ Maladie des vaisseaux Oui* Non ➤ Trouble du rythme Oui* Non

➤ Eté opéré du cœur/des vaisseaux Oui* Non ➤ Hypertension artérielle Oui* Non

➤ Diabète Oui* Non Ne sais pas

➤ Cholestérol élevé Oui* Non 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 ?

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

Date :

Signature :



SAISON 2024/2025

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 2024/2025 soit du 1^{er} Juillet 2024 au 30 Juin 2025 par autocar et/ou voiture particulière.

Fait à, le

Signature