



## 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<sup>er</sup> Juillet 2024 au 30 Juin 2025 par autocar et/ou voiture particulière.

Fait à ....., le .....

Signature