



## FICHE DE DETECTION

### *MES COORDONNEES*

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_  
N° DE TELEPHONE : \_\_\_\_\_ MAIL : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### *RENSEIGNEMENTS SPORTIFS*

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
PIED FORT\* : DROITIER / GAUCHER TAILLE : \_\_\_\_\_ POIDS : \_\_\_\_\_  
POSTES JOUÉS : 1<sup>ER</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>EME</sup> \_\_\_\_\_  
ANNEES DE PRATIQUE : \_\_\_\_\_ ans CLUB ACTUEL : \_\_\_\_\_  
ENTRAINEUR ACTUEL : \_\_\_\_\_ CLUB PRÉCEDENT : \_\_\_\_\_  
NIVEAU \* : REGIONAL / DEPARTEMENTAL NOMBRE DE MATCH 2014 : \_\_\_\_\_

### *RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES*

ECOLE FREQUENTÉE : \_\_\_\_\_ NIVEAU SCOLAIRE : \_\_\_\_\_

\*Rayer la mention inutile.

#### Autorisation parentale & décharge médicale

Je soussigné,..... (père, mère)  
de l'enfant....., autorise mon fils à participer aux séances de détection du club  
de l'ASPTT Orléans Football.  
J'autorise le responsable de la détection à faire transporter mon fils ..... au  
centre hospitalier le plus proche pour y recevoir les soins ou subir toute intervention qui serait  
reconnue nécessaire ou urgente par le médecin.

Fait à ..... Le .....

Signature