



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^{ER} _____ 2^{EME} _____
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