



AUTORISATION PARENTALE 2018/2019

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 2018/2019.

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 2018/2019.

Fait à
Le

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ETAT CIVIL

PHOTO

NOM

OBLIGATOIRE

Prénom

Date et Lieu
de Naissance

Coordonnées

Port Père :

Port Mère :

Port Enfant :

Mail :

SITUATION SCOLAIRE

Classe

Etablissement

Section Sportive

OUI

NON

SITUATION SPORTIVE

CLUB

Entraîneur

Portable

Nombre d'entraînement par semaine

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 ?

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

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

Date :

Signature :