



AUTORISATION PARENTALE

2026/2027

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 2026/2027.

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 2026/2027.

Fait à

Le

Signature précédée de la mention

« Lu et approuvé »

Ligue Centre-Val de Loire de Football				Saison 2026/2027	
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			
		Mail			
Entrainement (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

➤ Fatigue/essoufflement inhabituel ☐ Oui* ☐ Non

➤ Douleur thoracique ☐ Oui* ☐ Non

➤ Palpitation ☐ Oui* ☐ Non

Avez-vous un(e) ?

➤ Maladie cardiaque ☐ Oui* ☐ Non

➤ Maladie des vaisseaux ☐ Oui* ☐ Non

➤ Été opéré du cœur/des vaisseaux ☐ Oui* ☐ Non

➤ Diabète ☐ Oui* ☐ Non

➤ Cholestérol élevé ☐ Oui* ☐ Non

➤ Souffle cardiaque ☐ Oui* ☐ Non

➤ Trouble du rythme ☐ Oui* ☐ Non

➤ Hypertension artérielle ☐ Oui* ☐ Non

☐ Ne sais pas

☐ Ne sais pas

Avez-vous déjà eu un(e) ?

➤ Electrocardiogramme ☐ Oui* ☐ Non

➤ Echocardiogramme ☐ Oui* ☐ Non

➤ Epreuve d'effort maximal ☐ Oui* ☐ Non

*date et résultats :

*date et résultats :

*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 2026/2027

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 2026/2027 soit du 1^{er} Juillet 2026 au 30 Juin 2027 par autocar et/ou voiture particulière.

Fait à, le

Signature