



JOURNEES PORTES OUVERTES AS CRAPONNE

FUTUR U7 - JOUEUR NÉ EN 2012 (U7) / 2013 (U6)

COORDONNEES JOUEUR / JOUEUSE :

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **CATEGORIE :** U _____

- **DATE DE NAISSANCE :**
- **ADRESSE POSTALE :**
 - **Père :**
 - **Mère (Si différente):**
- **TELEPHONES :**
 - **Père :**
 - **Mère :**
- **ADRESSE(S) MAIL(S) :**
 - **Père :**
 - **Mère :**
- **CLUB ACTUEL :** Sans club
- **POSTE OCCUPÉ (Si fixe) :**
- **NOMBRE D'ANNEES DE PRATIQUE DU FOOTBALL EN CLUB :**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____

- Autorise mon enfant à effectuer une détection à l'AS Craponne
- Atteste que mon enfant bénéficie des conditions médicales lui permettant d'effectuer cet essai.
- Je prends acte que l'AS Craponne décline toute responsabilité en cas d'accident ou incident survenant lors de cette détection

SIGNATURE, Précédée de la mention « LU ET APPROUVE" :

APPRECIATIONS EDUCATEURS :

- **Date de la / des détection(s) :**
- **Niveau d'implication du joueur (1 à 10) :**
- **Niveau technique (1 à 10) :**
- **Commentaires :**