**FOOTBALL CLUB DE LA VARENNE**



***FICHE DE RENSEIGNEMENTS***

***Saison 2017-2018***

**Joueur**: Nom : Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

**Père :** **Mère :**

Nom : Nom : Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Tél fixe : Tél fixe :

Portable : Portable :

Email : Email :

***Fiche de santé concernant l’enfant***

Nom et adresse du médecin traitant :

Tél du médecin :

Contres indications médicales éventuelles ou problèmes de santé à signaler (allergies, asthme, souffle au cœur, etc…)

***AUTORISATIONS PARENTALES***

**AUTORISATION DE TRANSPORT**

Je soussigné, Madame ou Monsieur autorise / n’autorise pas\*

notre enfant à être transporté lors des déplacements du club en autocar pour les sorties organisées par le club et dans les voitures particulières conduites par les dirigeants bénévoles et parents volontaires pour les matchs à l’extérieur.

**AUTORISATION EN CAS D’ACCIDENT**

Je soussigné, Madame ou Monsieur autorise / n’autorise pas\* les responsables du Football Club de la Varenne à prendre les dispositions nécessaires : soins ou hospitalisation jugés indispensables par le médecin appelé en raison de l’état de santé de l’enfant mineur.

**AUTORISATION – DROIT A L’IMAGE**

Je soussigné Madame ou Monsieur représentant légal de

* Donne mon autorisation.
* Ne donne pas mon autorisation.

Pour la publication de photos de mon (mes) enfant(s) dans les journaux, affiches, documents du club et sur le site internet.

Signature du ou des représentant(s) légal(aux) :

(\*Cocher votre choix ou rayer les mentions inutiles)