

Fiche de Renseignements Joueuse :

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Portable : Nombre de Frères et sœurs :

Parents

Monsieur (nom et prénom)
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone domicile : Portable :
E-mail :
Profession du père : Tél. Travail :
Situation familiale :

Madame (nom et prénom)
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone domicile : Portable :
E-mail :
Profession de la mère : Tél. Travail :
Situation familiale :

Club

Nom du club (2025/2026) :
Equipe (catégorie) : Niveau de pratique (division) :
Dans un Championnat Féminin ☐ Championnat Masculin ☐ Championnat Mixte ☐
Nom de l'entraîneur responsable :
Nombre d'entraînements par semaine :
Poste principal : GDB ☐ Déf Lat D ☐ Déf Lat G ☐ Déf Cent ☐ Mil D ☐ Mil G ☐ Mil Déf ☐ Mil Axe ☐ Att ☐
Pied Fort : Gauche ☐ Droit ☐ Poste Secondaire :
Autres Sélections :

Envisagez-vous d'entrer dans un pôle espoirs féminin à la fin de la saison 2025/2026

OUI ☐ NON ☐ Si non, pourquoi :

Scolaire

Nom du Collège ou du Lycée + Ville :

Section Sportive Scolaire : OUI ☐ NON ☐ si oui, nombre de séances d'entraînement :

Classe fréquentée : Moyenne Trimestrielle :

LV1 : LV2 :

Autorisation parentale

Je soussigné, M^r ou M^{me} (Nom Prénom)
autorise ma fille

à participer à tout Rassemblements, Stages, Déplacements ou Manifestations organisés par la Ligue de Football des Hauts de France au cours de la saison 2025/2026. La convocation adressée précisera les lieux, dates, horaires et équipements à amener.
Tournez svp →

Par ailleurs, **JE CERTIFIE** que ma fille a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (photocopie du carnet de vaccinations à joindre) et ne fait l'objet d'aucune contre-indication médicale. (si tel était le cas, merci de fournir un Certificat Médical à l'arrivée du séjour)

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 stage à faire transporter ma fille à l'établissement hospitalier le plus proche pour y recevoir les soins nécessaires.

N° de sécurité sociale des parents :

N° et nom de la mutuelle :

N° de Téléphone en cas d'urgence :

Coordonnées du Médecin de Famille (nom, adresse, tél.) :

.....

J'autorise également la Ligue de Football des Hauts de France à utiliser pour la promotion du Football, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel sans compensation.

Je prends à ma charge les dégâts matériels que mon enfant pourrait commettre.

CET IMPRIME EST OBLIGATOIRE pour permettre la participation au(x) regroupement(s) dans lequel (lesquels) elle sera convoquée. Il doit être remis au responsable le jour du rendez-vous.

La Ligue de Football des Hauts de France décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou dommage concernant le matériel lié aux nouvelles technologies (téléphone, console, tablettes, etc...)

IMPORTANT : VEUILLEZ PRECISER, CI-APRES, LES INDICATIONS SUIVANTES CONCERNANT VOTRE ENFANT

CONTRE INDICATION ALIMENTAIRE :

MEDICAMENTS A NE PAS ADMINISTRER :

Fait à

Le

Signature des parents

précédée de la mention « Lu et approuvé »