**FICHE RENSEIGNEMENTS ASF BOURBRE**

**Le licencié**

**NOM : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**PRENOM : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**DATE DE NAISSANCE : ……………………………………………………………………………………………………………….**

**LIEU DE NAISSANCE : ……………………………………………………………………………………………………………….**

**ADRESSE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**TELEPHONE : …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**ADRESSE MAIL : OBLIGATOIRE**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**POINTURE : …………………..**

**TAILLE ENSEMBLE SURVETEMENT : ref 101953.702**

**6XS (4 ans) –- 5XS (6 ans) –- 4XS (8 ans) –- 3XS (10 ans) –- 2XS –- XS**

**Responsables Légaux**

**Père :**

**NOM : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**PRENOM : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**ADRESSE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**TELEPHONE : …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**ADRESSE MAIL : …………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Mère :**

**NOM : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**PRENOM : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**ADRESSE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**TELEPHONE : …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**ADRESSE MAIL : …………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Autre personne à contacter :**

**NOM : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**PRENOM : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**TELEPHONE : …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Je soussigné (e),……………………………………………………… responsable légal de l’enfant ………………………………………………. Autorise un intervenant de l’ASFB à décider pour mon enfant, en mon absence, du transport en centre hospitalier par les services d’urgence et à lui faire prodiguer les soins et interventions chirurgicales nécessaires en cas d’urgence en me prévenant dans les plus brefs délais.**

**ALLERGIES : ………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**ELEMENTS IMPORTANTS : ………………………………………………………………………………………………………**

**AUTORISATION PARENTALE**

**Je soussigné ( e), M, Mme ………………………………………………………….. Père, Mère, responsable légal de l’enfant (rayer les mentions inutiles) NOM PRENOM ……………………………………………………………………………………………………………………………………..-M’engage à véhiculer mon enfant lors des matchs. Dans l’impossibilité de pouvoir, j’autorise les dirigeants de l’ASFB ou à défaut un autre parent, à conduire avec leurs véhicules mon enfant et en cas d’accident je n’engagerai aucun recours contre le conducteur ou le club.**

**-J’autorise mon enfant à pratiquer le football et à participer aux matchs.**

**- J’autorise le club de L’ASFB à utiliser à titre gratuit la photographie de mon enfant pour l’ensemble de ses supports de communication ( calendriers, plaquettes, site internet, page facebook … ).**

**Fait à …………………………………………. Le ………………………..**

**Signatures**