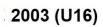
SOC

JOURNEE DE DETECTION – SO CHOLET





NOM / Prénom		Né(e) le :			
<u>du joueur</u> :		à :			
<u>N° Téléphone</u> :		E-mail :]
CLUB		<u>N°Licence</u>			
ACTUEL:		<u>F.F.F :</u>		s	
Entourer poste FOOTBALL A 11		Niveau de pratique :	Départemental / Régional		
occupé :	4 5	Pied Fort :	Droit	: / Gauche	
<u>Souligner</u>	6 8 7 11	Nombre de séances	0	1	2
Second poste :	10 9	hebdomadaires :	3	4	5
NOM / Produce du responsable	énom	N°Téléphoi E-Mail :	ne :		
Adresse :		Signature :			
DECHARGE MEDICALE					
	(père, mère, tuteur lég Choletais à prendre ou faire prendre				
Je décharge les personnes intervenantes de toute responsabilité en cas d'intervention chirurgicale justifiée.					
Fait à, le, le					
Signature					