



# JOURNEE DE DETECTION – SO CHOLET



## 2002 (U17)

NOM / Prénom

du joueur :

Né(e) le :

à :

N° Téléphone :

E-mail :

CLUB

N°Licence

ACTUEL :

F.F.F. :

Entourer poste

FOOTBALL A 11	
	1
4	5
2	3
	6 8
7	11
	10
	9

occupé :

Niveau de pratique :

Pied Fort :

Souligner

Nombre de séances

0	1	2
3	4	5

Second poste :

hebdomadaires :



## AUTORISATION PARENTALE



Pour les moins de 18 ans

NOM / Prénom

N°Téléphone :

du responsable légal :

E-Mail :

Adresse :

Signature :



## DECHARGE MEDICALE



Je soussigné, ..... (père, mère, tuteur légal) (1) de l'enfant .....autorise les dirigeants du Stade Olympique Choletais à prendre ou faire prendre toutes les mesures que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Je décharge les personnes intervenantes de toute responsabilité en cas d'intervention chirurgicale justifiée.

Fait à ....., le .....

Signature