


JOURNEE DE DETECTION – SO CHOLET

2005 (U14)

NOM / Prénom : Né(e) le :
 du joueur : 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	

 Niveau de pratique :
 Pied Fort :
 Souligner :
 Second poste :
 Nombre de séances hebdomadaires :

0	1	2
3	4	5


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'enfantautorise 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