



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Le FCVM (Bureau, Dirigeants...) souhaite plus communiquer avec vous.

Merci de nous donner le plus de renseignements possibles.

## Renseignements concernant le joueur :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date et ville de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Tél. (Portable du licencié) : \_\_\_\_\_

Adresse mail (**du joueur à partir de 16ans**) :

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Activité professionnelle : \_\_\_\_\_

## Renseignements concernant les parents ou représentants légaux :

Tél. mère ou tutrice (Obligatoire pour les moins de 16 Ans) :

Portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail parentale (pour les **moins de 16 Ans**) :

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Activité professionnelle : \_\_\_\_\_

Tél. père ou tuteur (Obligatoire pour les moins de 16 Ans) :

Portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail parentale (pour les **moins de 16 Ans**) :

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Activité professionnelle : \_\_\_\_\_

-----  
Accord pour diffusion des numéros de téléphones auprès des parents de la même catégorie pour le transport.

Oui

Non

**Voir au verso**

Photo d'identité  
pour la demande de  
licence.

- Voir la liste des  
personnes devant la  
renouveler
- Les nouveaux  
joueurs

# Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné, (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_ père,  
mère ou tuteur de (NOM, Prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_

- autorise le responsable de l'encadrement de l'association du Fc Val de Moine à faire intervenir du personnel médical pour faire tout acte médical que nécessitera l'état de mon enfant.

- autorise le responsable de l'encadrement de l'association du Fc Val de Moine à faire hospitaliser ou opérer mon enfant en cas d'urgence

- demande à être informé de toute décision d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale en me téléphonant au \_\_\_\_\_ (N° de téléphone où joindre père, mère ou tuteur)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du club (Allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre ...)

---

## Autorisation parentale – Déplacements - Photographie

Je soussigné (NOM, Prénom) \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de Mère  Père  Tuteur légal

Parent exerçant le droit de garde

De : (NOM, Prénom) \_\_\_\_\_

Je déclare sur l'honneur :

avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard du mineur ci-dessus désignés

être investi du droit de garde ou de la tutelle du mineur ci-dessus désignés.

Je déclare autoriser la publication de l'image et le déplacement de mon enfant ci-dessus désigné, dans le respect des conditions suivantes :

- L'image ne pourra être captée et diffusée que dans le cadre d'une publication d'ordre associatif et/ou sportif à l'exclusion de toute publication à caractère commercial.

- L'image ne pourra être diffusée que dans les supports suivants : site internet et réseaux sociaux affiches, brochures du club.

- Effectuer les déplacements sportifs, entraînements à bord du véhicule personnel d'un membre du club ou parent accompagnateur et décline toutes responsabilités du FCVM.

---

Le Football Club du Val de Moine s'engage à conserver la confidentialité de toutes ces informations au sein du club, qui n'ont pour but que de pouvoir assurer une communication immédiate avec les familles

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature du responsable légal, précédée de la mention « lu et approuvé »