



AUTORISATION PARENTALE 2025/2026

Je soussigné,

M. ou Mme :		
Demeurant (adresse complète) :		
Code Postal :	Ville :	
Tél (1) :	Tél (2) :	Email :

Agissant en qualité de : PERE - MERE - TUTEUR LEGAL (*Rayer les mentions inutiles*) autorise mon enfant :

NOM, Prénom : **Né(e) le :**

A participer à toute épreuve (stage, tournoi, match, ...) organisée par la Fédération Française de Football, la Ligue Centre-Val de Loire de Football et/ou ses Districts durant la saison sportive 2025/2026.

En cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention tant médicale que chirurgicale, avec ou sans anesthésie, y compris l'hospitalisation, j'autorise le responsable du rassemblement à faire transporter le cas échéant mon enfant vers l'établissement hospitalier le plus proche pour y recevoir les soins ou subir toute intervention qui serait reconnue nécessaire ou urgente par le médecin. (*Un refus implique que les parents soient en mesure de prendre en charge immédiatement leur enfant*).

N° de sécurité sociale des parents :		
N° et nom de la Mutuelle :		
Date des vaccinations antitétaniques :		
Téléphone en cas d'urgence :		

Je m'engage à prendre en charge les frais occasionnés par tout délit que mon enfant pourrait commettre lors de sa participation à l'une des épreuves organisées par la Fédération Française de Football, la Ligue Centre-Val de Loire de Football et/ou ses Districts.

Important : Veuillez préciser ci-après les indications suivantes concernant votre enfant :

Contre-indications alimentaires :
Médicaments à ne pas administrer et/ou toute autre allergie :

De plus, j'autorise la Fédération Française de Football, la Ligue Centre-Val de Loire de Football et/ou ses Districts à utiliser les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.

Cet imprimé est obligatoire pour la participation de votre enfant à toute épreuve (stage, tournoi, match,...) organisée par la Fédération Française de Football, la Ligue Centre-Val de Loire de Football et/ou ses Districts durant la saison sportive 2025/2026.

Fait à

Le

Signature précédée de la mention

« Lu et approuvé »

Ligue Centre-Val de Loire de Football		Saison 2025/2026	
District :		Catégorie :	
FICHE DE RENSEIGNEMENTS			
ETAT CIVIL			
NOM			
Prénom			
Date et Lieu de Naissance			
Coordonnées	Port Père :	Port Mère :	
	Port Enfant :	Mail :	
SITUATION SCOLAIRE			
Classe		Etablissement	
Section Sportive et nom		OUI/NON	
SITUATION SPORTIVE			
CLUB			
Equipe		Poste 1	
Niveau		Poste 2	
Pied fort			
Entraîneur		Portable	
Entrainement (jours et heures)			
Taille		cm	Poids
			kg
			Pointure

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

(A compléter par les parents et à remettre sous pli cacheté au responsable de la délégation)

Nom : Prénom : Saison :
Né le : Autre(s) sport(s) pratiqué(é) :
Catégorie : Adresse : N° Téléphone :

Avez-vous été hospitalisé ? ☐ Oui* ☐ Non *Précisez :

Avez-vous été opéré ? ☐ Oui* ☐ Non *Précisez :

Avez-vous des troubles de la vue ? ☐ Oui* ☐ Non *Portez-vous des ☐ Lunettes ☐ Lentilles

Souffrez-vous de diplopie (vision dédoublée par instant)? ☐ Oui* ☐ Non

Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité physique durant la dernière saison?

☐ Oui* ☐ Non

Avez-vous connaissance dans votre famille et survenu avant l'âge de 50 ans d'un(e) ?

- Accident, maladie cardiaque ou vasculaire ☐ Oui* ☐ Non *Précisez l'âge :
- Mort subite (y compris du nourrisson) ☐ Oui* ☐ Non *Précisez l'âge :

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un(e) effort ?

- Malaise/perte de connaissance ☐ Oui* ☐ Non
- Fatigue/essoufflement inhabituel ☐ Oui* ☐ Non
- Douleur thoracique ☐ Oui* ☐ Non
- Palpitation ☐ Oui* ☐ Non

Avez-vous un(e) ?

- Maladie cardiaque ☐ Oui* ☐ Non
- Maladie des vaisseaux ☐ Oui* ☐ Non
- Eté opéré du cœur/des vaisseaux ☐ Oui* ☐ Non
- Diabète ☐ Oui* ☐ Non
- Cholestérol élevé ☐ Oui* ☐ Non
- Souffle cardiaque ☐ Oui* ☐ Non
- Trouble du rythme ☐ Oui* ☐ Non
- Hypertension artérielle ☐ Oui* ☐ Non
- ☐ Ne sais pas
- ☐ Ne sais pas

Avez-vous déjà eu un(e) ?

- Electrocardiogramme ☐ Oui* ☐ Non *date et résultats :
- Echocardiogramme ☐ Oui* ☐ Non *date et résultats :
- Epreuve d'effort maximal ☐ Oui* ☐ Non *date et résultats :

Fumer-vous ? ☐ Oui* ☐ Non *nombre par jour ?
Depuis quelle date ?

Avez-vous des allergies ? ☐ Oui* ☐ Non *Précisez :

Prenez-vous des traitements régulièrement ? ☐ Oui* ☐ Non *Précisez :

Vos dents sont-elles en bon état ? ☐ Oui* ☐ Non

Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ? ☐ Oui* ☐ Non *Précisez :

Date de vaccination contre le tétanos ?

Je soussigné(é), M....., père, mère ou représentant légal, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Date :

Signature :



SAISON 2025/2026

AUTORISATION POUR TRANSPORT
PAR AUTOCAR ET VOITURE PARTICULIERE

Je soussigné M. ou Mme autorise la Ligue et ses Districts à prendre en charge et à transporter mon enfant durant toute la saison 2025/2026 soit du 1^{er} Juillet 2025 au 30 Juin 2026 par autocar et/ou voiture particulière.

Fait à, le

Signature