



## Fiche Individuelle de Renseignements

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse :	_____		
Code Postal :	_____	Ville : _____	
	Père*	Mère*	
Téléphone domicile	_____	_____	
Téléphone portable	_____	_____	
Téléphone travail	_____	_____	
Mail	_____	_____	
Pseudo facebook	_____	_____	

\* Pour les mineurs le cas échéant coordonnées du père et de la mère

### JOUEURS MINEURS :

Responsable légal : \_\_\_\_\_

Situation familiale parents :       Mariés       Vie maritale       Séparés       Veuf(ve)

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Numéro de Sécurité Sociale couvrant l'enfant : \_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Année dernière vaccination : \_\_\_\_\_ Antitétanique : \_\_\_\_\_

Hépatite B : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il :      Allergique \_\_\_\_\_ Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

                                         Asmathique \_\_\_\_\_ Hémophile \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un traitement médical particulier ? \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS DIVERS

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_      Autres personnes à contacter en cas d'urgence  
                                          NOM, Prénom : \_\_\_\_\_      Tel : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Club saison précédente \_\_\_\_\_      NOM, Prénom : \_\_\_\_\_      Tel : \_\_\_\_\_

Date et Signature (précédé de la mention Lu et Approuvé)