

Documents à joindre à la demande de licence

(pour les renouvellements via le mail "Licence FFF")

- le document "droit à l'image et autorisation parentale"
- le document "fiche médicale"
- 1 chèque libellé à l'ordre de P2F de :
 - o 100 € pour la catégorie U 16 / U 17 et seniors
 - o 90 € pour la catégorie U 14 / U 15
 - o 80 € pour la catégorie U 12 / U 13
 - o 80 € pour la catégorie U 10 / U 11
 - o 70 € pour la catégorie U 8 / U 9
 - o 70 € pour la catégorie U 6 / U 7

Le montant de la licence comprend l'encadrement par un éducateur/éducatrice ainsi que la remise d'un équipement (short, chaussettes et survêtement) complet pour les nouveaux et à compléter si nécessaire pour les licenciés 2018/2019.

La fiche de renseignements, la demande de licence, les pièces justificatives ainsi que le chèque doivent être remis à l'éducateur/éducatrice de la catégorie de votre enfant pour le 15 Septembre 2019.

Sans ces documents, vous ne pourrez pas participer aux entraînements ni aux matchs (directives de la Ligue de Bretagne de Football).

Pour tous renseignements complémentaires vous pouvez contacter le responsable licence du P2F
LAURENT GAMBERT au 06,61,50,46,86 ou par mail à laurent.gambert@free.fr



DROIT A L'IMAGE & AUTORISATION PARENTALE (pour les joueuses mineures)

Je soussigné(e) _____ (Père Mère Autre)
de la licenciée (nom – prénom) _____

AUTORISATION DE TRANSPORT

autorise mon enfant à effectuer les déplacements liés à son activité sportive dans tout véhicule (bus ou voiture) conduit par un membre de l'Entente Pontivy Foot Féminin (P2F) ou par un parent accompagnant, ou par un transporteur professionnel (bus).

AUTORISATION DE MISE EN ŒUVRE EN CAS DE NECESSITE DE

TRAITEMENTS MEDICAUX

autorise le responsable de l'équipe à faire transporter mon enfant lors d'un match d'entraînement, tournoi ou stage dans l'établissement médical le plus proche en cas d'accident ou de maladie grave pour y recevoir les soins ou y subir toute intervention chirurgicale qui serait reconnue nécessaire ou urgente par le médecin.

AUTORISATIONS DIVERSES

- ✓ autorise l'Entente Pontivy Foot Féminin (P2F) à l'utilisation éventuelle de photographies prises durant l'activité de mon enfant pour l'illustration et la publication de tous documents afférents aux manifestations organisées par le club sans pour autant bénéficier de contrepartie,
- ✓ autorise l'Entente Pontivy Foot Féminin (P2F) à diffuser sur les réseaux sociaux des photographies prises durant l'activité de mon enfant,
- ✓ autorise l'Entente Pontivy Foot Féminin (P2F) à utiliser mon adresse mail pour communiquer toute information concernant le déroulement de l'activité de mon enfant.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A _____

Le _____

Signature :

FICHE MEDICALE D'UNE LICENCIEE P2F - PONTIVY

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX POUR LES MINEURS

Nom et prénom de la licenciée : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nom et prénom du représentant légal _____

Adresse du représentant légal : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ Autre : _____

N° de sécurité sociale de l'assuré : _ / _ / _ / _ / _ / _

Caisse de sécurité sociale _____

Nom de la mutuelle _____

N° mutuelle _____

Médecin traitant habituel :

Nom _____ Téléphone _____

Adresse _____

En mon / notre absence, la personne à prévenir est : (préciser nom, prénom, adresse complète, téléphone, et éventuellement lien de parenté)

❖ Groupe sanguin (joindre éventuellement une photocopie de sa carte de groupe sanguin)

❖ Traitement en cours Oui Non Si oui, pour quelles raisons ?

❖ Particularités médicales ou consignes que vous souhaitez nous communiquer :

❖ Déclaration des représentants de l'autorité parentale :

- En cas d'urgence, si on ne peut atteindre les responsables légaux par téléphone ou si le temps presse, **j'autorise / nous autorisons** les responsables à prendre les décisions nécessaires (transport en hôpital ou clinique), le transport pouvant être à la charge des parents.
- **J'autorise / Nous autorisons** l'admission de notre enfant en centre hospitalier ou en polyclinique et nous autorisons à faire pratiquer soins, intervention chirurgicale ou transfert dans un service spécialisé.
- **J'autorise / Nous autorisons** aussi l'établissement à procéder à la sortie après autorisation médicale.
- **J'autorise / Nous autorisons** le SAMU à diriger notre enfant vers un centre de soin adapté.
- En cas de nécessité, **j'autorise / nous autorisons** les responsables à donner des médicaments (type « efferalgan », « doliprane », etc...). Si contre-indication, le mentionner ci-dessus.
- En cas d'impossibilité d'obtenir un transport par taxi ou ambulance VSL (qui reste à la charge des familles) **je dégage / nous dégageons entièrement la responsabilité** du personnel du club qui pourrait être amené à effectuer ce transport.

A moins de demande expresse de modification de ma / notre part, ces déclarations sont valables pour toute la saison pour mon enfant dans votre club.

Fait à _____

Signature(s) obligatoire(s) et précédée(s) de la mention « Lu et Approuvé »

Le _____