



DOSSIER D'INSCRIPTION

NOM :

Prénom :

Carte de membre N° :

NOUS VOUS PRIONS DE BIEN VOULOIR REMPLIR ENTIEREMENT LE DOSSIER.

ATTENTION : AUCUNE INSCRIPTION NE SERA ENREGISTREE DANS LE CAS CONTRAIRE.

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS N'HESITEZ PAS A VOUS ADRESSER A L'EQUIPE DE L'ACADEMIE.

DOCUMENTS A FOURNIR POUR TOUTE INSCRIPTION

Cadre réservé à l'administration

ATTESTATION D'ASSURANCE CIVILE OU SCOLAIRE

PAIEMENT DE **2500 €**

EFFECTUE LE :

ENREGISTRE PAR :

ANNUEL PAIEMENT : ESPECES 1 CHEQUE : N°

DATE D'ENREGISTREMENT SOUHAITEE :

TRIMESTRIEL (règlement par cheque uniquement)

3 CHEQUES :

N° MONTANT : € DATE D'ENCAISSEMENT SOUHAITEE

N° MONTANT : € DATE D'ENCAISSEMENT SOUHAITEE

N° MONTANT : € DATE D'ENCAISSEMENT SOUHAITEE

Merci de renvoyer les documents par e-mail à l'adresse suivante:

inscription@propulseacademy.fr ou les ramener le jour de la détection .



DEMANDE D'ADHESION 2019/2020

AUTORISATION PARENTALE

(Valable du 1^{er} septembre 2019 au 31 juin 2020)

N° de carte de membre :

L'adhérent :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : _____ à _____ Pays :

Adresse complète :

Adresse électronique (e-mail) : _____ @ _____

N° de téléphone fixe : ____/____/____/____/____/

N° de téléphone portable : ____/____/____/____/____/



Autorisation parentale pour les mineurs

Nom et prénom de la mère :

Nom et prénom du père :

Responsables légaux de l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant :

Garçon

Fille

Demeurant :

(Adresse de la mère) :

à (Ville)

(Adresse du père si différent)

à (Ville)

Téléphones

Fixe : Mère ___/___/___/___/___/ Père ___/___/___/___/___/

Port : Mère ___/___/___/___/___/ Père ___/___/___/___/___/

Trav : Mère ___/___/___/___/___/ Père ___/___/___/___/___/

AUTORISONS NOTRE ENFANT à participer aux ateliers organisés par la Football ELITE Académie.

AUTORISONS LA PRO PULSE ACADEMY (cocher les cases)

à prendre, le cas échéant, toutes mesures en cas d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

à photographier et / ou filmer mon enfant dans le cadre des activités de la Football Elite Académie.

M, Mme, à chercher mon enfant en mon absence ou en cas d'urgence.

Les participants aux activités devront suivre les directives de l'équipe d'encadrement en ce qui concerne les règles d'hygiène et de sécurité. L'inscription vaut acceptation de ces modalités et du règlement intérieur.

Je soussigné(e),
sur ces fiches.

déclare exacts les renseignements portés

Date :

Signature de l'adhérent

Signature des parents
(pour les mineurs)



FICHE SANITAIRE

IDENTITÉ :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : _____ à _____

VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants.

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.



L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole

Oui non

Varicelle

Oui non

Angine

Oui non

Scarlatine

Oui non

Coqueluche

Oui non

Otite

Oui non

Rougeole

Oui non

Oreillons

Oui non

ALLERGIES :

Asthme Oui non

Médicamenteuses Oui non

Alimentaires Oui non

Autres :

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc.... précisez.



FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM :

Prénom :

INFORMATIONS SPORTIVES :

U11/U13

U14/U16

U17/U21

CLUB ACTUEL :

Pied fort :

N°DE LICENCE :

Pied faible :

Poste 2 minimum :

Défauts 2 :

Qualités 2 :

Poids :

Taille :

Pointure :

ÉQUIPEMENTS :

KIT TRAINING

(Survêtement, short,
maillot, coupe-vent, sac)

POINTURE

(chaussettes)

140

31-34

152

164

35-38

S

M

39-42

L

XL

43-46



INFORMATIONS MEDICALES

Certificat Médical

Je soussigné(e), Dr
M/Mme/Mlle

. certifie que le bénéficiaire de cette demande,
né(e) le

- Ne présente aucune contre indication à la pratique du Football ⁽¹⁾
- Présente une contre indication à la pratique du Football ⁽¹⁾

Date de l'examen :

Signature et cachet ⁽²⁾

- (1) Rayer la mention inutile.
(2) Le cachet doit être lisible en totalité