

STADE OLYMPIQUE CHOLETAIS

Stade Pierre Blouen
95 rue de la Porte-
Baron 49300 Cholet
02-41-62-31-22
contact@socholet.fr
www.socholet.fr



contact@socholet.fr

• **Renseignements généraux :**

Nom : Prénom :

Né le : Nationalité :

Adresse :

CP :

Ville : Tel : / / /

Mail :@.....

• **Renseignements scolaires :**

Classe actuelle :
.....

Etablissement scolaire :
..... CP :
.....

• **Renseignements sportifs :**

Club actuel :
.....

Catégorie :
..... Niveau :
.....

..... Nom et

coordonnées de l'éducateur ou du responsable du club :

Monsieur/Madame :
..... Tel : / /
..... / /

Postes : entourez le poste principal et soulignez le poste secondaire.

1 – Gardien

2- Latéral Droit 4 – Jumeau Droit 5 – Jumeau Gauche 3- Latéral Gauche

7 – Milieu Excentré Droit 6 – Milieu Défensif 11 – Milieu Excentré Gauche

10 – Milieu Offensif

9 - Avant-Centre

AUTORISATION PARENTALE DECHARGE MEDICALE

Je soussigné, (père, mère, tuteur légal) (1) de l'enfant autorise les dirigeants du Stade Olympique Choletais à prendre ou faire prendre toutes les mesures que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Je décharge les personnes intervenantes de toute responsabilité en cas d'intervention chirurgicale justifiée.

Fait à, le

Signature

AUTORISATION CLUB

Je soussigné, président du club de

autorise le joueur à participer la séance d'entraînement du

SO Cholet le / /

Tampon du club

Fait à :

Le : / /

Signature