



**PORTES OUVERTES**  
Fin Janvier 2017

**A retourner avant le mercredi 25 janvier 2017 à :**

ANGERS SCO Association  
BP 50732  
49007 ANGERS CEDEX 01

Ou par mail à :  
[sco.asso.secretariat@wanadoo.fr](mailto:sco.asso.secretariat@wanadoo.fr)

**NOM de famille des parents si différent du joueur :** \_\_\_\_\_

NOM du joueur : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Adresse : \_\_\_\_\_

C.P. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

 Parents : \_\_\_\_\_

Portable père : \_\_\_\_\_

Portable mère : \_\_\_\_\_

Mail des parents : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom du Club actuel : \_\_\_\_\_

Taille : ..... Poids : .....

Poste principal : \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> poste : \_\_\_\_\_

Droitier

Gaucher

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné, Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_  
demeurant (adresse complète) \_\_\_\_\_

autorise mon fils (nom, prénom) \_\_\_\_\_

à participer aux entrainements :

[Pour les enfants nés en 2007 - 2006 - 2005 - 2004](#)

- [Lundi 30/01/2017 de 18h15 à 20h00 \(RDV à 17h45/18h00 dans les vestiaires\)](#)

[Pour les enfants nés en 2011 - 2010 - 2009 - 2008](#)

- [Mardi 31/01/2017 de 18h15 à 20h00 \(RDV à 17h45/18h00 dans les vestiaires\)](#)

- **Au stade Marcel NAULEAU à ANGERS quartier Verneau (terrain synthétique)**

autorise l'Association ANGERS SCO, représenté par ses éducateurs et dirigeants, à prendre toutes les dispositions nécessaires pour mon fils, s'il survient un accident lors de cet entrainement et si la situation nécessite une hospitalisation voire une opération dans les plus brefs délais.

En cas d'absence (éloignement de la famille), nous autorisons également les dirigeants ou les entraîneurs de l'Association ANGERS SCO à faire le nécessaire pour que notre fils puisse sortir librement de l'hôpital ou de la clinique après observation ou examens médicaux.

**PREVENIR AUSSITÔT** M. ou Mme (nom/adresse si différent des parents)

\_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Coordonnées de votre Mutuelle : \_\_\_\_\_

N° de sociétaire ou adhérent : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de la CMU : \_\_\_\_\_

Angers le \_\_\_\_\_

Signature des parents :