



**PORTES OUVERTES
CHRISTOPHESEGUINIÈRE
SAISON 2024/2025**



IDENTITE			
Nom :		Prénom :	
Né le :		Ville de Naissance :	
Email :		N° de téléphone :	
Si déjà licencié dans un club cette année :			
Club actuel :		N° de licence :	

INFORMATIONS FOOTBALL			
Niveau de pratique :	Débutant Départemental Régional National	Pied fort :	Droit Gauche

Nombre de séance/semaine :	0 1 2 3 4 5
----------------------------	-----------------------

Football à 8		Football à 11			
Poste principal :		Poste principal :		Poste principal :	
Poste secondaire :		Poste secondaire :		Poste secondaire :	

AUTORISATION PARENTALE (si mineur)	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
<input type="checkbox"/> (case à cocher)	Autorise mon enfant à participer à des séances d'entraînements avec le club de ChristopheSeguiniere durant les mois de Mai et Juin

OBLIGATOIRE POUR TOUS	
<input type="checkbox"/> (case à cocher)	Je m'engage à prévenir un responsable du club d'appartenance des participations de mon enfant aux séances de ChristopheSeguiniere