

AFS (ASBL COLLECTIF) – ACADEMY FUTSAL

2026/27

Nous vous remercions de passer du temps à compléter et relire ce document, dans l'intérêt de votre enfant.

IMPORTANT : Tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) doit être signalé le plus rapidement possible.

MON ENFANT

VIGNETTE OBLIGATOIRE

PHOTO DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Traitements en cours : _____

Précaution(s) particulière(s) à prendre : _____

Informations susceptibles d'être importantes : _____

Votre enfant a-t-il un problème de santé particulier ? (à cocher)

☐ Fractures récentes ☐ Difficultés respiratoires/asthme

☐ Entorses récentes ☐ Allergies

☐ Autres

Si autre, lequel ? : _____

INFORMATION PARENT OU TUTEUR LÉGAL

1^e PARENT :

Nom de famille : _____

Prénom : _____

N° Tel: _____

E-mail : _____

2^e PARENT :

Nom de famille : _____

Prénom : _____

N° Tel: _____

E-mail : _____

AUTORISATION

J'autorise l'équipe sportive à prendre mon enfant en photo durant et dans le cadre des entraînements/matches et à les utiliser en vue de promouvoir le club notamment via le site et le compte Instagram ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

J'autorise mon enfant à pratiquer le mini-foot au sein du Club AFS pour la saison 2026-2027

En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du Club à prendre toute mesure médicale qui s'avérerait nécessaire (transfert à l'hôpital, ...)

Je m'engage à verser la totalité des cotisations jusqu'à la fin de saison (juin 2027 inclus).

J'ai pris connaissance de tous les points du règlement d'ordre intérieur et en accepte le contenu.

!/!\nAucun remboursement d'acompte ne sera effectué et ce, sous aucun motif.

Fait le _____ à _____

Signature des parents (ou tuteur légal) :

Équipe sportive du Club AFS