



F.C. Jeunesse Junglinster a.s.b.l.

Secrétaire de la Commission des Jeunes: Kréscht Nilles 20a,rue J.P. Ries

L-6143 Junglinster

Gsm : 621 180 174

E-mail chnleon@pt.lu

Commission des Jeunes

Information

Prière de SIGNER cet accord et de le transmettre au plus tôt à l'entraîneur ou à un membre de la Commission des Jeunes.

Je reconnais que mon enfant _____
est actuellement en entraînement de football au FC Jeunesse Junglinster sans une licence de football de la Fédération Luxembourgeoise de Football (F.L.F) valide. Je suis conscient que la couverture d'assurance de la F.L.F. ou du club (FC Jeunesse Junglinster) n'est disponible pour mon enfant jusqu' à ce qu'une licence de football est en place. J'accepte que mon enfant participe à des séances d'entraînement de football au FC Jeunesse Junglinster sans licence de football à ma propre responsabilité.

Bitte diese Einverständnis UNTERSCHREIBEN und schnellstmöglich einem Trainer oder einem Mitglied der Jugendkommission mitgeben.

Ich bestätige, dass mein Kind _____
derzeit Fußballtraining beim FC Jeunesse Junglinster ausübt ohne eine gültige Lizenz der luxemburgischen Fußballfederation (F.L.F) zu besitzen. Ich bin mir bewusst, dass der Versicherungsschutz von der F.L.F oder vom Fußballverein (FC Jeunesse Junglinster) nicht für mein Kind gilt solange keine Lizenz vom Fußball vorhanden ist. Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind am Fußballtraining des FC Jeunesse Junglinster teilnimmt ohne Lizenz und dies auf meine eigene Verantwortung.

Date/Datum _____

Nom/Name _____

Signature/Unterschrift: _____



F.C. Jeunesse Junglinster a.s.b.l.

Secrétaire de la Commission des Jeunes: Kréscht Nilles 20a,rue J.P. Ries

L-6143 Junglinster

Gsm : 621 180 174

E-mail chnleon@pt.lu

Commission des Jeunes

Fiche de renseignement

Prière de compléter au mieux cette fiche et de la transmettre au plus tôt à l'entraîneur ou à un membre de la Commission des Jeunes.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Matricule :

Adresse :

Nom du père :

Nom de la mère :

GSM du père :

GSM de la mère :

GSM de l'enfant :

Tél domicile :

E-mail du père :

E-mail de la mère :

E-mail de l'enfant :

N Licence :



F.C. Jeunesse Junglinster a.s.b.l.

Secrétaire de la Commission des Jeunes: Kréscht Nilles 20a,rue J.P. Ries

L-6143 Junglinster

Gsm : 621 180 174

E-mail chnleon@pt.lu

Commission des Jeunes

Fiche médicale / Medizinisches Datenblatt

Prière de compléter au mieux cette fiche et de la transmettre au plus tôt à l'entraîneur ou à un membre de la Commission des Jeunes. / Bitte dieses Datenblatt ausfüllen und schnellstmöglich dem Trainer oder einem Mitglied der Jugendkommission überreichen

Nom de l'enfant / Name des Kindes : _____

1. Traitements de longue durée / Langzeitbehandlung :

Oui / Ja

Non / Nein

Si oui, lesquels / Wenn Ja, welche :

2. Allergies / Allergien :

Oui / Ja

Non / Nein

Si oui, lesquels / Wenn Ja, welche :

3. Médicaments interdits / Verbotene Medikamente :

- Oui / Ja
- Non / Nein

Si oui, lesquels / Wenn Ja, welche :

4. Mon enfant est atteint / Mein Kind hat :

- Asthme / Asthma
- Diabète / Diabetes
- Hypoglycémie / Hypoglykämie
- Troubles cardiaques / Herzerkrankungen
- Hémophilie / Bluterkrankheit
- Maladie de la peau / Hauterkrankungen
- Troubles de vision / Sehstörungen
- Epilepsie (convulsions) / Epilepsie (Krämpfe)
- Autres / Andere :

5. Autres informations importantes / Andere wichtige Information :

Nom du titulaire / Name vom Erziehungsberechtigtem : _____

Signature / Unterschrift :