



BP 8 - 22440 PLOUFRAGAN

☎ : 02.96.76.10.10

Portable : 06.85.19.92.91

Fax : 02.96.76.10.18

Mail : **feminines@foot22.fff.fr**

Objet : Rassemblement Départemental joueuses catégories 14F/U15F (année 2005 et 2004).

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le District de Football des Côtes d'Armor organise un rassemblement départemental pour **les joueuses des catégories U14F et U15F**.

Nous vous donnons rendez vous :

**Le mercredi 3 octobre 2018**  
**AU DISTRICT DE FOOTBALL à PLOUFRAGAN**  
**De 14H30 à 17H00**

Merci de vous munir :

⇒ D'un équipement complet de footballeuse (maillot, short, chaussettes, protèges tibia, chaussures de foot à crampons moulés)

**ATTENTION : Pour une bonne gestion logistique, nous devons avoir le retour de la fiche de participation ci-jointe pour le 25 septembre dernier délais (soit par courrier, mail ou fax, voir en tête)**

NB : Un goûter sera servi aux joueuses.  
Penser à prévoir des vêtements chauds en cas de mauvais temps.

Dans l'attente de vous rencontrer, nous vous prions de croire, Madame, Mademoiselle, Monsieur en l'expression de nos sentiments sportifs les meilleurs.

Benoit Barbier  
Conseiller Technique Départemental - DAP

**FICHE DE PARTICIPATION**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../..... Poste : ..... Gauchère  Droitière

Adresse : .....

CP : ...../...../...../...../ Ville : ..... ☎ Dom: ...../...../...../...../...../

☎ Port : ...../...../...../...../...../

Club : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE**

J'autorise ma fille ..... licenciée au club de ..... à participer au rassemblement départemental pour les catégories U14F et U15F (née en 2005 et 2004), journée organisée par le District de Football des Côtes d'Armor **le mercredi 3 octobre 2018 au District de Football à PLOUFRAGAN.**

Rendez-vous **le mercredi 3 octobre 2018 à 14H30** précises au District de Football à PLOUFRAGAN (fin prévue autour de 17H00).

En cas de blessure nécessitant une hospitalisation, je désire que ma fille soit dirigée sur :  
L'hôpital  
Une clinique

Je donne toute latitude au Médecin ou Chirurgien de service pour décider du besoin d'une intervention chirurgicale et la pratiquer.

Renseignements particuliers sur votre enfant :

Fait à : ..... Date : ..... Signature des parents :

**TRES IMPORTANT :**

- 1) **En cas d'indisponibilité, prévenir en appelant le 06.85.19.92.91**
- 2) **Dès réception de ce courrier, retourner la fiche de participation au District de Football (par fax, voie postale ou mail), ceci avant le 25 septembre**
- 3) **N'hésitez pas à nous consulter pour du covoiturage**