



# DOSSIER DE CANDIDATURE

## Formation initiale d'arbitre



**LIGUE DE NORMANDIE**  
 Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 23760325676  
 Siret : 78111952400036

### 1. ETAT CIVIL

Madame                       Monsieur  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Licencié(e) :  OUI       NON  
 Si oui, type de licence :  Dirigeant  Joueur  Educateur  
 Téléphone : .....  
 E-mail (**obligatoire**) : .....  
 Personne à contacter en cas d'urgence : ..... Tél : .....

### 2. PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

*En fonction de votre situation, veuillez cocher les cases suivantes :*

- Je vais payer personnellement ma formation (chèque à l'ordre de la LFN d'un montant de 90€)
- Les coûts de ma formation seront pris en charge par mon club (chèque à l'ordre de la LFN d'un montant de 40€, avec les 2 bons de formation pour les candidats licenciés joueur ou dirigeant)

### 3. ARBITRAGE

Représenterez-vous un club après votre examen ?  Oui  Non

Si oui, lequel : .....

Vos disponibilités pour arbitrer :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Journée							
Soir							

### 4. DROIT A L'IMAGE

*Pour une personne majeure :*

Je soussigné(e), Melle, Mme, Mr (1) :

.....

.....

.....



Autorise/n'autorise pas (*Rayer la mention inutile*) la F.F.F., la Ligue ou le District à utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles j'apparais, réalisées sur les terrains ou lors des différentes formations d'arbitres à des fins de promotion de l'arbitrage.

Ces images sont susceptibles d'être utilisées par ces entités sur différents supports (site Internet, réseaux sociaux, supports de formation, vidéos ...) et ce sans durée limitée dans le temps.

## 5. AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL + DROIT A L'IMAGE POUR UN STAGIAIRE MINEUR

---

Je soussigné(e) ..... autorise ..... à suivre une formation d'arbitre organisée par la ligue de Normandie

De plus, j'autorise / je n'autorise pas (*rayer la mention inutile*) la F.F.F., la Ligue ou le District à utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles apparait ma fille, mon fils ....., réalisées sur les terrains ou lors des différentes formations d'arbitre à des fins de promotion de l'arbitrage.

Ces images sont susceptibles d'être utilisées par ces entités sur différents supports (site Internet, réseaux sociaux, supports de formation, vidéos, ...) et ce sans durée limitée dans le temps.

## 6. PIECES JUSTIFICATIVES

---

- Photocopie d'un document officiel justifiant de l'identité du candidat
- 1 photo d'identité
- Certificat médical de non contre-indication à l'arbitrage du football
- Chèque de 90€ au nom de la Ligue pour un candidat indépendant ou 40€ au nom de la Ligue pour un candidat venant au nom d'un club (avec les 2 bons de formation pour les candidats licenciés joueur ou dirigeant)
- Relevé d'identité bancaire ou postal du candidat

## 7. PREFORMATION

---

Serez-vous présent à la préformation du Samedi 12 Janvier 2019 de 14h00 à 17h30 qui se fera au siège du DEF (327 Rue du Luxembourg à Evreux) :  Oui  Non

## 8. SIGNATURE

---

Fait à ..... le .....

Signature stagiaire (ou du représentant légal) :

Signature et cachet du club si la formation est prise en charge par le club



**AUTORISATION PARENTALE**

**STAGE « DEVENEZ ARBITRE STAGIAIRE EN 1 WEEK END »**

Je soussigné(e) M. ou Mme

.....

Adresse :

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone Fixe : ..... Portable .....

Club d'appartenance : .....

Autorise mon fils : .....

Né le : .....

à participer au stage de formation « Devenez arbitre stagiaire en 1 week-end » organisé par l'Institut de Formation du Football de Normandie :

**Du Vendredi 18 Janvier 2019 (18h00)**  
**Au Dimanche 20 Janvier 2019 (17h30)**  
**A la J.A.E d'EVREUX (45 Rue Saint Germain – 27 000 EVREUX)**

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

M. ou Mme .....

Téléphone Fixe : ..... Portable .....

***Par ailleurs, j'autorise le Médecin Responsable à pratiquer ou à faire pratiquer toute intervention qui s'avérerait indispensable, ou à donner les soins nécessaires.***

Fait à ....., le ..... SIGNATURE DES PARENTS