



## RASSEMBLEMENT: DETECTION / SELECTION / STAGE / MATCH

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

NOM : ..... PRENOM : .....

Père  Mère  Tuteur

ADRESSE : .....

.....

.....

Tel. : Domicile ..... Portable .....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM : ..... Tel. : .....

**Autorise mon enfant :**

NOM : ..... PRENOM : .....

CLUB : .....

N° Licence : .....

- à participer au rassemblement de Détection/Sélection organisé par le District de la Seine-Saint-Denis de Football sur toute la saison 2018-2019.
- certifie qu'il est assuré contre les accidents ou dommages corporels, pouvant survenir au cours de la pratique sportive, conformément à la réglementation en vigueur.
- s'engage à véhiculer l'enfant par ses propres moyens de son domicile au lieu de rendez-vous.
- autorise le Responsable de la Sélection à faire intervenir le médecin ou prendre toutes les dispositions utiles en cas d'accident nécessitant une hospitalisation d'urgence (intervention, anesthésie).

Fait à ....., le .....

SIGNATURE (précédée de la mention lu et approuvé)