



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 aux rassemblements de Détection/Sélection organisés par le District de la Seine-Saint-Denis de Football sur la saison 2024-2025
- 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)