



AUTORISATION PARENTALE

PPF U17 – SAISON 2026/2027



Je soussigné (parent ou responsable légal)

Autorise :

NOM Prénom

Adresse

Date de naissance :

Mail du père

Mail de la mère

Téléphone du père, travail Portable

Téléphone de la mère, travail Portable

Club :

A participer aux actions techniques organisées par le District Aveyron Football dans le cadre du Projet de Performance Fédéral.

Je m'engage à signaler, avant l'action, aux responsables et éducateurs du District Aveyron Football tout problème de santé (maladies, blessures ...), ainsi que tout traitement médical suivi par le jeune :

.....

Allergies :

Problème de santé :

Traitement en cours :

Régime alimentaire :

D'autre part, j'autorise les responsables et éducateurs du District Aveyron Football à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas de problème de santé urgent (traitement urgent, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Numéro de Sécurité Sociale :

Numéro de Mutuelle :

Droit à l'image : J'autorise la prise de photos ou de vidéos de mon enfant, et leur diffusion par les responsables du District sur les sites officiels de la Fédération.

Cette autorisation sera valable toute la saison ; en cas de changement d'avis ou de modification sur les informations renseignées ci-dessus, les responsables légaux de l'enfant sont dans l'obligation de nous en tenir averti.

Lu et approuvé :

Date :

Signature des responsables légaux