



AUTORISATION PARENTALE

PPF U14 - DETECTIONS



Je soussigné (parent ou responsable légal)

Autorise :

NOM Prénom

Adresse

Date de naissance :

Mail :

Téléphone du père, travail PO

Téléphone de la mère, travail PO

Club :

A participer à l'action technique ci-dessus nommée.

Je m'engage à signaler avant le départ, 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 A L'IMAGE

J'autorise

Je n'autorise pas

La prise de photographies, ou de vidéo de mon enfant et leur diffusion par les responsables du district sur les sites officiels de la fédération.

Lu et approuvé

Date

Signature des parents (ou responsables légaux)

A remettre à ton arrivée, au Responsable de l'action