AUTORISATION PARENTALE

PPF U14

MATCH 8-06-2022

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)