



## DISTRICT DRÔME ARDÈCHE DE FOOTBALL

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme, M. ....

Demeurant .....

.....

Téléphone portable mère : ..... Téléphone portable père : .....

Téléphone domicile : ..... Email : .....

Autorise mon fils : ..... Né le : .....

Du club de : .....

**A participer, dans le cadre du P.P.F.au CPS « Elite »**

**le lundi 23 octobre 2017, de 9h30 à 17h, à Charmes-sur-Rhône sur le terrain synthétique.**

Par ailleurs,

J'autorise le médecin responsable de ce rassemblement à pratiquer, ou à faire pratiquer, toute intervention qui s'avérerait indispensable ou à donner les soins nécessaires en cas d'urgence

Je certifie que mon fils a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (le rappel datant de moins de 5 ans)

J'autorise le District à utiliser à des fins de communication ou de promotion de l'activité, l'image de mon enfant.

N° de sécurité sociale des parents : .....

N° de carte mutuelle : .....

Si allergies à certains médicaments, le préciser : .....

.....

**CET IMPRIME EST OBLIGATOIRE** pour permettre la participation aux journées de CPS.

" Lu et approuvé " à .....

Le .....

**Signature(s) Père      Mère**