



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 à l'opération P.P.F. U13

Mercredi 24 janvier 2018 – Zone 1 et 4 / Mercredi 31 janvier 2018 – Zone 2 et 5 / Mercredi 7 février 2018 – Zone 3 et 6

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