



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 au stage P.P.F. U14

Du 15 au 17 Avril 2019 à CREST

Par ailleurs,

J'autorise les responsables 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