



laurafoot.fff.fr

AUTORISATION PARENTALE DETECTION U17 SAISON 2020-2021

PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

Demeurant à

.....

N° de Portable : E Mail :

N° Sécurité Sociale :

Mutuelle (Intitulé + N°) :

agissant en qualité de : **PÈRE – MÈRE – TUTEUR LÉGAL** (*Rayer les mentions inutiles*).

Autorise (nom-prénom du joueur/de la joueuse) :

à PARTICIPER pour la saison 2020/2021 à tous les stages, détections, matches, tournois ou manifestations de football placés sous l'égide de la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football, sur tout le territoire de la Ligue, de ses Districts et de la France Métropolitaine.

• JE RECONNAIS avoir pris connaissance du questionnaire stade Covid-19 transmis par l'organisateur du rassemblement ; M'engage à faire remonter de manière sincère toute information dans l'hypothèse où le joueur(joueuse) est atteint(e) ou pense être atteint(e) d'un ou de plusieurs symptômes, afin qu'il puisse prendre les mesures qui s'imposent ; M'engage à ce que l'enfant respecte le protocole sanitaire mis en place par l'organisateur et l'ensemble des gestes barrières durant la totalité du rassemblement. »

• J'AUTORISE le responsable du stage, de la détection ou de la sélection à faire hospitaliser mon enfant en cas d'accident si nécessaire.

• JE CERTIFIE que mon enfant ne présente aucune allergie ou problème médical, et qu'il n'est pas soumis à un régime nutritionnel particulier.

Si OUI, préciser :

• J'AUTORISE également la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.

Fait à, le

Signature :

