



## 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 rassemblement PPF U14**

**Le mercredi 03 octobre 2018 – MAUVES ou le mercredi 17 octobre 2018 - CRUAS**

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 de votre enfant.

" Lu et approuvé " à .....

Le .....

*Signature(s) Père      Mère*



## DISTRICT DRÔME ARDÈCHE DE FOOTBALL

### DEMANDE DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) .....autorise le District de Drôme-Ardèche de Football  
à publier toutes les photographies ou images que vous avez prises de mon  
fils ..... dans le cadre de sa participation au Parcours  
Performance Formation pour la saison 2018/2019.

Ces images pourront être exploitées sous quelque forme que ce soit par le District Drôme-Ardèche de Football et sans durée limitée dans le temps.

Le .....

Signature

---