



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 : Née le :

Pour participer à la détection PPF U13 nés en 2005 – spécifique gardien de but qui se déroulera le mercredi 28 février 2018 de 14h à 17h.

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 à ce rassemblement.

" Lu et approuvé " à

Le

Signature(s)

Père

Mère