



Dossier suivi par : Fabien AZIL (conseiller technique départemental)

Tél : 06.09.49.00.02 / 03.25.78.41.75

Mail : cdfa@district-aube.fff.fr

AUTORISATION PARENTALE

DETECTION U13

MERCREDI 15 MARS 2017 14h -16h30 AU COMPLEXE DE FOICY

PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

Je soussigné (e) Monsieur, Madame

Demeurant à

Agissant en qualité de : PERE – MERE – TUTEUR LEGAL (*raier les mentions inutiles*)

Autorise (Nom – Prénom du joueur)

.....

- A PARTICIPER à la détection U13 du mercredi 15 mars 2017 au complexe de Foicy.
- 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 Fédération Française de Football, et le District Aube de Football à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.
- J'AUTORISE en cas d'accident, le médecin à pratiquer ou à donner en mon absence, tous les soins que son état de santé nécessite, y compris l'hospitalisation d'urgence, ou à faire pratiquer toute intervention qui s'avérerait indispensable.

Fait à le

Signature :

DISTRICT AUBE DE FOOTBALL

3 rue Marie Curie - 10000 TROYES

Tél : 03 25 78 22 61 - Fax : 03 25 78 44 04 - <http://district-aube.fff.fr>

Association N° 30196979600046