



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 U14 – MATCH ESTAC – SELECTION AUBE  
MERCREDI 26 AVRIL 2017 DE 13H15 AU COMPLEXE HENRI TERRE**

### PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

Je soussigné (e) Monsieur, Madame .....

Demeurant à .....

N° Téléphone (fixe) : ..... N° Téléphone (port) : .....

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

**Autorise** (Nom – Prénom du joueur)

.....

- A PARTICIPER au match de la sélection qui se déroulera le mercredi 26 avril 2017 à 13h15 au complexe Henri Terré (synthétique).
- 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