



## AUTORISATION PARENTALE

### RASSEMBLEMENT REGIONAL U15 MASCULIN

Du lundi 20 février 2017 au vendredi 24 février 2017

Centre Technique Bretagne Henri Guérin  
5 allée du Haut Champ  
22440 Ploufragan

#### PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

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

Demeurant à

.....  
.....

Agissant en qualité de **PÈRE – MÈRE – TUTEUR LÉGAL** (*Rayer les mentions inutiles*)

**Autorise** (NOM - Prénom du joueur) .....

➤ A participer au Rassemblement Régional U15 masculin mentionné en en-tête et organisé par la Ligue de Bretagne de Football.

➤ J'autorise le médecin-responsable 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.

➤ 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 de Bretagne de Football à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.


Fait à ..... le .....

Signature :





## INFORMATIONS JOUEUR

<b>NOM</b>		<b>Prénom</b>	
Adresse			
Date de naissance		Nationalité	Française
<b>Poste 1</b>		<b>Poste 2</b>	
Club		Niveau de compétition	
Entraîneur		 (Portable entraîneur)	
<b>Numéro(s) Portable(s) parents</b>		<b>E-mail parents</b>	

