



AUTORISATION PARENTALE

RASSEMBLEMENT REGIONAL U15 MASCULIN

Du 11 au 13 février 2019
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 et de diffuser sur le site l'identité de mon enfant afin d'être identifié sur les listes des sélections.


Fait à le

Signature :

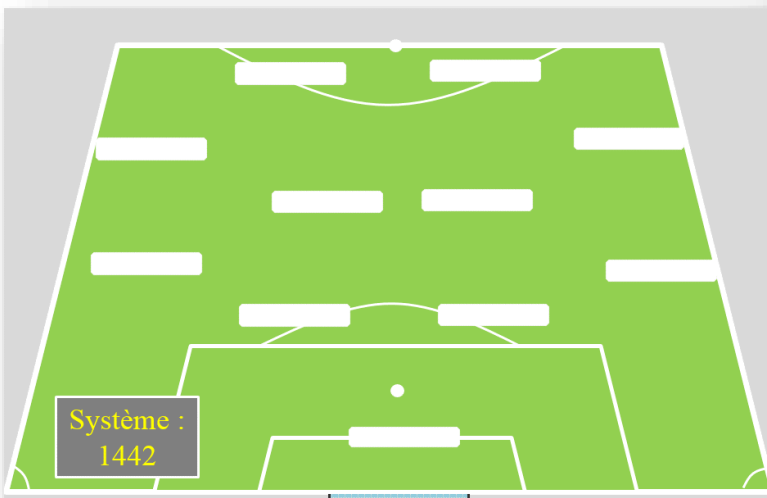




INFORMATIONS JOUEUR

NOM		Prénom	
Date de naissance		Nationalité	
Club		Niveau de compétition	
Numéro(s) Portable(s) parents		E-mail parents	
Entraîneur		 (Portable entraîneur)	
Blessure dans les 15 derniers jours		Latéralité (Pied gauche ou droit)	

Entourer votre poste en Club dans les 2 systèmes ci-dessous :



responsable sélection	Vincent HAMONIC 06 08 61 78 05 CTR PES Ctr.pes@footbretagne.fff.fr
------------------------------	---

