



AUTORISATION PARENTALE

RASSEMBLEMENT REGIONAL U15 FUTSAL

Mercredi 06 mars 2019 à 13h45
Complexe sportif
4 rue Grand clôture à Plessala (22330)

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 Futsal 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

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

