EXPEDITEUR *(nom et adresse complète)* :
……
……
……
……

AUTORISATION PARENTALE

INTERLIGUES U15
2018-2019

PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

Je soussigné(e) Monsieur, Madame ……

Demeurant à ……
……

agissant en qualité de : ***PÉRE – MÈRE – TUTEUR LÉGAL*** *(Rayer les mentions inutiles).*

Autorise (nom-prénom du joueur) ……

• A PARTICIPER pour la saison 2017/2018 à tous les stages, matches, tournées, tournois ou manifestations de football placés sous l'égide de la Fédération Française de Football tant en France Métropolitaine, dans les DOM-TOM, qu'à l'étranger.

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

Fait à …….. le ……
Signature :