



AUTORISATION PARENTALE

Saison 2017/2018

Je soussigné(e) père, mère ou tuteur (rayer les mentions inutiles),

NOM : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Portable :

Autorise mon fils, ma fille E. mail :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Numéro de Licence : Club :

Groupe sanguin de votre enfant : Allergie :

Traitement médical particulier :

N° de Sécurité Sociale des Parents :

à participer aux activités organisées par le District Haute Garonne de Football pour lesquelles votre enfant est convoqué

En outre,

J'autorise le District Haute Garonne de Football à photographier et filmer mon enfant pour utiliser les images, à des fins de communication et de promotion. Cette autorisation est consentie à titre gracieux et pour une durée de cinq ans.

Je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations

J'autorise les responsables du rassemblement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale qui seraient reconnues urgentes par le médecin.

En cas d'urgence, d'accident ou tout autre cas grave, prévenir : (à remplir si différent du père, mère ou tuteur)

NOM : Prénom :

Téléphone : Portable :

Fait à : Le :

Signature (précédé de la mention manuscrite « lu et approuvé – bon pour autorisation »)