



AUTORISATION PARENTALE

**SAISON
2019 2020**

PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

.....

Demeurant à

.....

.....

Téléphone : Mail.....

N° de sécurité sociale :

agissant en qualité de : **PÈRE – MÈRE – TUTEUR LÉGAL**

Autorise (nom-prénom du/de la gardien(ne))

.....

- A PARTICIPER pour la saison 2019/2020 au CPT, tous les stages, matches, tournées, tournois ou manifestations de football placés sous l'égide du district Haute-Marne 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 a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (le dernier rappel datant de moins de cinq ans), qu'il 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 le district Haute-Marne de Football à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.
- A l'issue des CPT ou rassemblements, j'autorise mon fils/ma fille à quitter le lieu de stage :
 - Avec son tuteur légal
 - Seul(e)
 - Sous la responsabilité d'un éducateur de son club/autre club
 - Autre.....

Fait à le

Signature :