



## **AUTORISATION PARENTALE**

**2017 - 2018**

### **PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :**

Je soussigné(e) Monsieur, Madame .....

Demeurant à (Adresse Complète) .....  
.....

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

**Autorise le/la Jeune** (nom-prénom) .....

N° de Sécurité Social : .....

Téléphone : Père ..... / Mère : .....

Mail Parents : .....

Mail Joueuse : .....

- 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 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 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 et la Ligue Grand Est de football à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.

Fait à ..... le .....

Signature :