AUTORISATION PARENTALE

PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS ou les TUTEURS LEGAUX Pour la saison 2023 - 2024

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,

Demeurant à :

Téléphone :
E-mail :

Agissant en qualité de : **MERE – PERE – TUTEUR LÉGAL - Autre** :
(Rayer les mentions inutiles)

Autorise (Nom - Prénom joueur - joueuse)

A participer aux **actions techniques organisées par le District des Landes de Football** qui se dérouleront au cours de la saison sportive 2023 – 2024

- 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 le District des Landes de Football à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.

Fait à :

Le :

Signature :

Attention, ce document ne doit pas être envoyé,
Il devra être remis au responsable le jour du rassemblement.