



AUTORISATION PARENTALE obligatoire pour les mineurs

PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS ou les TUTEURS LEGAUX :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, _____

Demeurant à :

Tel 1 : _____ ; Tel 2 : _____

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

Autorise (Nom - Prénom du joueur) : _____

à participer à l'Inter District qui se déroulera les 1^{er} et 2 novembre 2018 au centre technique du Haillan

- 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 de football des Pyrénées-Atlantiques et la Ligue de Football d'Aquitaine à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.
- 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 :**

.....
Fait à,

Le :

Signature :
