



AUTORISATION PARENTALE

Stage National U15 – CNF Clairefontaine

Du 02/11 au 04/11/2017

PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

Demeurant à

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

Autorise (nom-prénom du joueur/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 tant 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 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 la Fédération Française de Football à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.

Fait à le

Signature :