



DISTRICT DE FOOTBALL DE SEINE MARITIME

AUTORISATION PARENTALE

À remettre dès votre arrivée au Responsable du centre

Je soussigné(e), M. ou Mme, Père, Mère, Tuteur, autorise ma fille à participer **a la détection U12 – U13 féminines** qui se déroulera le Vendredi 9 Mars 2018

J'autorise le médecin responsable de ce rassemblement à pratiquer ou à faire pratiquer toute intervention qui s'avérerait indispensable ou à donner les soins nécessaires en cas d'urgence.

Je certifie que ma fille a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (le dernier rappel datant de moins de 5 ans).

Votre fille a-t-elle un traitement ?

Votre fille a-t-elle une allergie ?

A Le

Signature :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA JOUEUSE RETENUE :

N O M : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Adresse :

Email.....

Tél. domicile : Lieu de travail parents :

Numéro de Sécurité Sociale des parents :

CLUB ACTUEL : Division :

Poste occupé habituellement :

Catégorie : Division :