



# AUTORISATION PARENTALE

**PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS ou les TUTEURS LEGAUX :**

Je soussigné(e) : Madame - Monsieur

---

demeurant à :

---

---

Tél :

E-mail :

agissant en qualité de : **MÈRE – PÈRE – TUTEUR LÉGAL**

*(Rayer les mentions inutiles)*

**Autorise** (Nom et Prénom du joueur) :

---

- **A PARTICIPER** pour la saison 2017-2018 à tous les stages, matches, tournées, tournois ou manifestations de football placés sous l'égide du District de la Vienne de Football.
  - **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 la Vienne 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, mais remis au responsable dès le premier jour du stage.**