



AUTORISATION PARENTALE 2022/2023

A remplir par les parents et à renvoyer à kateba@lfna.fff.fr

Je soussigné(e)

Demeurant

.....

N° de Téléphone parents

Mail parents

Agissant en qualité de : **PÈRE - MÈRE - TUTEUR LÉGAL** (Rayer les mentions inutiles)

Autorise (nom et prénom du joueur)

• A PARTICIPER aux rassemblements, stages et tournois organisés par le District de Football de la Charente-Maritime et la LFNA pour l'ensemble de la saison 2022-2023

• J'AUTORISE le medecin-responsable à pratiquer ou à donner en mon absence, tous les soins que son état nécessite, y compris l'hospitalisation d'urgence, ou à faire pratiquer toute intervention qui s'avererait 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 de la Charente-Maritime à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.

Fait à Le.....

Signature :