



## AUTORISATION PARENTALE 2025/2026

A remplir par les parents et à renvoyer à [kateba@lfna.fff.fr](mailto:kateba@lfna.fff.fr) **au plus tard le 19 février 2026**

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 **INTERDISTRICTS U13G le jeudi 19 et vendredi 20 février à Cenon (Gironde)**

• 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'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 de la Charente-Maritime et la LFNA à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel

Fait à ..... Le.....

Signature :