



AUTORISATION PARENTALE SAISON 2024/2025

Je soussigné M. ou Mme.....

Adresse complète.....

Code Postal : Ville :

Tél :

Adresse mail :

Agissant en qualité de : **PÈRE – MÈRE – TUTEUR LÉGAL** (*razer les mentions inutiles*)

Autorise (nom prénom de l'enfant) (né(e) le/...../.....)

♦ A PARTICIPER aux rassemblements, stages, sélections, détectations, organisés par la LIGUE BOURGOGNE FRANCHE COMTÉ DE FOOTBALL

♦ J'AUTORISE le responsable du stage à faire pratiquer 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.

♦ J'AUTORISE également la Ligue Bourgogne Franche-Comté de Football à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel

♦ En cas de déplacement en véhicule léger (jusqu'à 9 places), j'AUTORISE le personnel encadrant du rassemblement à véhiculer mon enfant : **OUI - NON** (Rayer la mention inutile)

Cet imprimé est obligatoire pour permettre la participation au stage.

Fait à.....le

SIGNATURE



L'ASTRAGALE
15 rue Ernest Champeaux
21000 Dijon
Téléphone :
09.70.80.93.27

