



**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 mon fils ..... à participer à la détection **U14 1<sup>er</sup> Tour** qui se déroulera le **Mercredi 21 Février 2018** (stade du Tréport). Le **rendez-vous est fixé à 13h30**. La fin est prévue à 17h00.

Nous vous demandons de nous adresser une photocopie de la carte d'identité.

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 mon fils a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (le dernier rappel datant de moins de 5 ans) et qu'il n'est pas soumis à un régime nutritionnel particulier.

**Si oui, Préciser :**

J'autorise également le District de Football de Seine Maritime à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.

A ..... Le .....

Signature :