

TANCARVILLE ATHLETIQUE CLUB

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné :

Mr ou Mme (Nom et prénom)

Lien de parenté

Adresse complète

Tél :/ Portable :

Tél Travail :

Autorise mon fils/ma fille (autre à préciser)

..... né(e) le à participer aux
entraînements et petits matchs de l'école de football du club assurés par les
animateurs, et autorise ces derniers à prendre toute décision rendue nécessaire
en cas d'incident ou autres.

Je certifie également que l'enfant est en règle de vaccination antitétanique.

LE RETOUR AU CLUB DE CET IMPRIME EST OBLIGATOIRE

Mention "lu et approuvé" le

Signature :

NB : **Renseignement facultatif selon votre choix** :

Nom du médecin traitant :

Ville de son cabinet :

Tél :