



NOM : Prénom :

Important : En cas d'allergie ALIMENTAIRE signalez le :

Lundi 19/12 :	Matin	Après-midi	Jeudi 22/12 :	Matin	Après-midi
Mardi 20/12 :	Matin	Après-midi	Vendredi 23/12 :	Matin	Après-midi
Mercredi 21/12 :	Matin	Après-midi			

Rayer les absences

SITE UAC Paris : consultez toutes les informations de notre club.

AUTORISATION PARENTALE STAGE UAC PARIS

Nom : Prénom :

Adresse complète : N°..... Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

En qualité de père, mère, tuteur (1) de l'enfant (Nom – Prénom) :

Né le déclare autoriser celui ci :

- 1) A pratiquer le FUTSAL et le football à l'UAC.
 - 2) À utiliser l'image de mon enfant pour son site Internet.
 - 3) À autoriser le club à soigner, faire soigner et hospitaliser l'enfant si nécessaire.
 - 4) À subir une intervention chirurgicale le cas échéant.
- (Les indispensables éléments pour sécuriser vos enfants, notre préoccupation principale)

Je m'engage à ne pas entamer de poursuites ou autres recours envers le club, ses dirigeants et autres accompagnateurs en cas d'un éventuel accident.

Fait à Le

Signature des parents (ou tuteur légal)

(1) Rayer la mention inutile

Mr MARQUES HENRIQUE
06 99 39 92 92
Pour l'UAC Paris
01 Décembre 2016