



AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné(e) :
(Degré de parenté)

Autorise ma fille :

À participer à la visite du Pôle Espoir de Liévin le 29 mai 2019.

Je prends à ma charge les délits qui pourraient être commis.

J'autorise la prise de photo et montage vidéo fait par le District de la Somme de Football afin de publier sur le site officiel du District.

Par ailleurs, j'autorise les Responsables de ce rassemblement à faire pratiquer toute intervention chirurgicale sous anesthésie totale qui s'avérerait indispensable en cas d'urgence.

Fait à le

(1)"Signature"

IMPORTANT

Numéro se Sécurité Sociale : _____

Nom et Numéro de mutuelle : _____

Téléphone Travail Monsieur : _____

Madame : _____

Téléphone Domicile : _____

Coordonnées du Médecin de Famille (Nom, adresse, Téléphone) :

Vaccinations effectuées et dates :

Observations ou remarques éventuelles :

(1) : La signature doit être précédée de la mention

"BON POUR ACCORD"

Fiche à remettre au responsable dès l'arrivée