



LES ESPOIRS DU FOOTBALL

Evaluation / Accompagnement / Perfectionnement / Détection / Sélection / Orientation

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné, M. ou Mme

Représentant légal de (nom et prénom)

Né(e) le À

Demeurant au

N° Tel du représentant légal / / / /

N° Sécurité sociale des parents :

Licenciée au club de N° Licence :

L'autorise à participer aux évaluations / accompagnements / perfectionnements / détections / sélections / orientations, organisés par le District des Alpes de Football pendant la saison sportive 2025/2026.

Par ailleurs,

J'autorise les responsables de ce rassemblement à faire pratiquer toute intervention qui s'avèrerait indispensable ou à faire donner les soins nécessaires en cas d'urgence.

Je certifie que mon enfant a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (dernier rappel datant de moins de 5 ans).

J'autorise également la prise de photo ou vidéo, et leurs publications par le District des Alpes.

**CET IMPRIME EST OBLIGATOIRE POUR PERMETTRE LA PARTICIPATION DU LICENCIE(E) AUX
ACTIONS MENTIONNEES CI-DESSUS**

Fait à

Le

Signature des Parents

Signature du Président du club

Cachet du club