SELECTION INDRE U 15 G – POLE ESPOIRS U 14 G

MERCREDI 11 OCTOBRE 2017 15 H 30
CTR Blanche de Fontarce Châteauroux

AUTORISATION DE PARTICIPATION

Je soussigné M. ou Mme …….. autorise

les représentants du District de l'Indre de Football à prendre en charge mon fils …….. afin qu'il puisse participer au match amical INDRE U 15 G – POLE ESPOIRS U 14 G préparatoire à la Coupe Régionale des 14 ans qui se déroulera les 27 et 28 Octobre 2017 au Centre Technique Régional Blanche de Fontarce à Châteauroux.

Fait à ……, le ……..

RDV fixé au CTR à 14 heures 15

Signature

- AUTORISATION –

En cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention immédiate, tant médicale que chirurgicale (**avec ou sans anesthésie**) y compris l'hospitalisation, j'autorise **(1)** le Responsable Technique à faire effectuer cette intervention sur avis médical.

Fait à …… le ……

Signature :
précédée de la mention « Lu et approuvé »

N° de Sécurité Sociale : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

(1) Un refus implique que les parents sont en mesure de prendre en charge immédiatement leur enfant