



**AUTORISATION PARENTALE**  
**DETECTION U14 F**  
**2017-2018**

**PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :**

Je soussigné(e) Monsieur, Madame .....

Demeurant à .....

.....

N° de Portable : ..... E Mail : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Mutuelle (Intitulé + N°) : .....

agissant en qualité de : **PÈRE – MÈRE – TUTEUR LÉGAL** (*Rayer les mentions inutiles*).

**Autorise** (nom-prénom de la joueuse) : .....

• A PARTICIPER pour la saison 2017/2018 à tous les stages, détectations, matches, tournois ou manifestations de football placés sous l'égide de la Ligue d'Auvergne-Rhône-Alpes de Football, sur tout le territoire de la Ligue, de ses Districts et de la France Métropolitaine.

• J'AUTORISE le responsable du stage, de la détection ou de la sélection à faire hospitaliser ma fille en cas d'accident si nécessaire.

• JE CERTIFIE que mon enfant ne présente aucune allergie ou problème médical, et qu'il n'est pas soumis à un régime nutritionnel particulier.

**Si OUI, préciser :** .....

• J'AUTORISE également la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football à utiliser pour la promotion de l'opération, les photographies et les enregistrements audiovisuels pris à titre individuel.

Fait à ..... le .....

Signature :

**A RETOURNER par MAIL à :**  
**ou par COURRIER à l'adresse ci-dessous**