



[laurafoot.ffa.fr](http://laurafoot.ffa.fr)

**AUTORISATION PARENTALE  
DETECTION U15 / SAISON 2023-2024**

**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 du joueur/de la joueuse) : .....

à PARTICIPER pour la saison 2023/2024 à tous les stages, détections, matches, tournois ou manifestations de football placés sous l'égide de la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football, sur tout le territoire de la Ligue, de ses Districts et de la France Métropolitaine.

- JE M'ENGAGE à ce que l'enfant respecte le protocole sanitaire mis en place par l'organisateur et l'ensemble des gestes barrières durant la totalité du rassemblement.
- J'AUTORISE le responsable du stage, de la détection ou de la sélection à faire hospitaliser mon enfant 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 :