



AUTORISATION PARENTALE DETECTION U14 SAISON 2024-2025

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 2024/2025 à tous les stages, détectations, 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 :

