



DISTRICT DU GERS DE FOOTBALL

AUTORISATION

A participer aux différents rassemblements du District du Gers de Football pour la saison 2017 2018.

En cas d'accident ou de maladie,

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné (e) (Nom du père ou de la mère).....

Autorise ma fille (Prénom).....

Née le

réserve d'en être préalablement informés, nous, soussignés père et mère de l'enfant.....

en cas d'accident, autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puissent être pratiqués, en cas d'urgence, tout acte médical ou chirurgical, y compris une anesthésie et une intervention, nécessités par l'état de santé de notre enfant.

Fait à, le

En cas d'urgence prévenir :

Signature du père :

Nom : Prénom : Télé : email :

Signature de la mère:

Nom : Prénom : Télé : email :

N° Sécurité Sociale:.....

Etablissement Hospitalier souhaité si possible (Hôpital, Clinique

IMPORTANT En l'absence de cette attestation, l'intéressée ne sera pas admise pour le déplacement.

Route de Lavacant – 32000 AUCH

Téléphone secrétariat : 05.62.05.51.21 / Fax : 05.62.05.49.03

Téléphone techniciens : CTD : 05.62.05.65.74 / CDFA : 05.62.05.65.51

Web : <http://districtfootgers.fff.fr> **E.mail** : secretariat@districtfootgers.fff.fr