

AUTORISATION

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

Autorise ma fille (Prénom).....

Née le

Appartenance du club :

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

Sous 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

Signature de la mère :

Signature du père :

Numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence:

Mère : EMAIL :

Père : EMAIL :

N° Sécurité Sociale :

Etablissement Hospitalier souhaité si possible (Hôpital, Clinique) :

IMPORTANT

En l'absence de cette autorisation, l'intéressée ne sera pas admise.

Deux possibilités de la ramener :

- Le jour du rendez-vous ;
- Par email à cdfa32@districtfootgers.fff.fr