



Autorisation parentale

Je soussigné(e) : _____

(Nom et prénom du père et/ou de la mère, ou du représentant légal) :

Autorise la joueuse (Nom et prénom) : _____

Née le : ____ / ____ / ____

Club : _____

À participer aux rassemblements du District du Gers de Football pour la saison 2023-2024.

En cas d'accident ou de maladie,

Sous réserve d'en être préalablement informés, nous, soussignés père et/ou mère, ou représentant légal de la joueuse, 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(s) :

Numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence :

Mère : _____

Mail : _____

Père ou représentant légal : _____

Mail : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Etablissement Hospitalier souhaité si possible (Hôpital, Clinique) : _____

IMPORTANT

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



Autorisation de droit à l'image

J'autorise le District du Gers de Football à photographier et filmer mon enfant, et prendre, publier, utiliser la représentation en images de mon enfant à des fins professionnelles (photos et films), pédagogiques, publicitaires ou informatives dans le cadre de nos activités, nos brochures ou sur notre site internet, sans demander d'indemnisation.

Cette autorisation est consentie à titre gracieux, uniquement au District du Gers de Football.

OUI

NON

(entourer la réponse)

SIGNATURE DU PARENT RESPONSABLE

→ Merci de renvoyer ces deux autorisations par mail à secretariat@districtfootgers.fff.fr ou de la remettre à Christophe MARROUAT et Patrice MARSEILLOU le jour du rassemblement.