

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 :

A participer aux différents rassemblements du District du Gers de Football pour la saison 2024-2025.

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.

Merci de la renvoyer par mail à cdfa32@districtfootgers.fff.fr ou de la remettre à Christophe MARROUAT le jour du rassemblement.