



AUTORISATION DE DEPLACEMENT DE SOINS ET DE PARTICIPATIONS

Je soussigné (Nom du père ou de la mère)

Adresse :

Autorise ma fille (Nom et prénom de l'enfant)

Née le : Club :

A participer à la journée du Mardi 20 Octobre 2026 à Preignan : OUI NON

A participer à la journée du Mardi 27 Octobre 2026 à Preignan : OUI NON

Je prends l'engagement qu'elle respectera scrupuleusement les consignes qui lui seront données par les Responsables, et autorise l'éducateur à prendre toutes les dispositions en cas d'urgence, et particulièrement en cas d'accident.

AUTORISATION DE SOINS :

Sous réserve d'en être préalablement informés, nous soussignés père et/ou mère de l'enfant :

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

N° Sécurité Sociale Mutuelle :

N° Tél à appeler en cas d'urgence : Père..... Mère

Adresse mail :

Fait à Le

SIGNATURE DU OU DES PARENTS RESPONSABLES :

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE DU SPORTIF

J'autorise le District du Gers de Football à photographier, filmer mon enfant, et prendre, publier, utiliser la représentation en images de mon enfant à des fins professionnelles, pédagogiques, publicitaires, informatives dans le cadre de nos activités, nos brochures, notre site internet, sans demander d'indemnisation. Cette autorisation est consentie à titre gracieux, uniquement au District.

OUI

NON

SIGNATURE DU OU DES PARENTS RESPONSABLES :