

# AUTORISATION PARENTALE

---

## MATCH SÉLECTION U14 DEUX-SÈVRES / U14 VIENNE

À renvoyer au District

Par voie postale au 23, rue Pied de Fond – B.P. 18312 – 79043 NIORT CEDEX 9

Ou par mail à [christophe.grimpret@foot79.fff.fr](mailto:christophe.grimpret@foot79.fff.fr)

**Avant le 9 mars 2018**

Je soussigné(e) M. ou Me : .....

Demeurant à (adresse) : .....

.....

Téléphones (portable et fixe) : .....

Exerçant pleinement l'autorité parentale de (nom, prénom) : .....

Autorise mon fils à participer, avec la sélection U14 des Deux-Sèvres, au match qui se déroulera le mercredi 21 mars 2018 à 15H30 (début de la rencontre) au stade de Benassay en Vienne.

(Le District ne prend pas en charge le transport des joueurs)

En cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention tant médicale que chirurgicale, avec ou sans anesthésie, y compris l'hospitalisation, j'autorise M. le responsable du rassemblement à faire transporter mon fils ..... à l'établissement hospitalier le plus proche pour y recevoir les soins ou subir toute intervention qui serait reconnue nécessaire ou urgente par le médecin.

Signature précédée de la mention  
« Pris connaissance et approuvé »

Fait à .....

Le .....