

# 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 U13 des Deux-Sèvres, au match qui se déroulera le mercredi 28 mars 2018 à 15H30 (début de la rencontre) au parc des sports de L'Enjeu à PARTHENAY.

(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 .....