



AUTORISATION PARENTALE DU CONCOURS 2018/2020

Je soussigné(e) M. ou Mme :

Demeurant (adresse) :

Code postal : Ville :

Téléphone : ____ ____ ____ ____

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

Né le : ______\2005 Licencié au club : N° CLUB : _____

N° affiliation : _____

Autorise mon fils à participer à toutes les épreuves prévues dans le cadre du concours d'entrée 2018 au Pôle Espoirs de Saint Sébastien sur Loire durant les journées ou les rassemblements prévus à cet effet.

Il s'engage à se présenter en cas de réussite successive aux différentes épreuves de l'entrée définitive au pôle.

Je certifie que mon fils ne fait l'objet d'aucune contre-indication médicale.

En cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention tant médicale que chirurgicale, avec ou sans anesthésie, y compris l'hospitalisation, j'autorise 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.

J'autorise, Je n'autorise pas (*raier la mention inutile*) la Ligue de Football des Pays de la Loire à procéder à titre gracieux, à utiliser les photographies et vidéos de mon fils dans le cadre du concours du Pôle Espoirs pour diffusion sur le site internet et les réseaux sociaux.

N° de sécurité sociale du parent : ____ ____ ____ ____

Nom de la mutuelle : N°

N° de téléphone en cas d'urgence : ____ ____ ____ ____

Cet imprimé est obligatoire pour permettre la participation aux journées de détection organisées par la Ligue de Football des Pays de la Loire (il doit être remis au responsable de la journée dès l'arrivée du joueur sur le site).

IMPORTANT, veuillez préciser éventuellement les indications suivantes :

Contre-indications alimentaires :

.....

Médicaments à ne pas administrer :

.....

Signature précédée de la mention
« Pris connaissance et approuvé »

Fait à
Le