

DISTRICT GRAND VAUCLUSE DE FOOTBALL
Chemin de Bel Air
Clos des Bastides
BP121
84144 MONTFAVET CEDEX
TEL : 04.90.80.63.00.



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Mr. ou Mme :

Demeurant : (adresse) :

Code postal : Ville :

Téléphone : ou : ou

.....

N° de sécurité sociale des parents :

.....

Autorise ma fille : née le
(NOM - Prénom)

à participer aux stages de sélection organisé par le DISTRICT GRAND VAUCLUSE OU LA LIGUE DE LA MEDITERRANEE au cours de la saison sportive 2019/2020

J'autorise le responsable du rassemblement à faire transporter ma fille, dans l'établissement hospitalier le plus proche, en cas d'accident ou de maladie grave, pour y recevoir les soins ou subir toutes interventions qui seraient reconnues nécessaires ou urgentes par le médecin.

Je certifie que ma fille a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (le dernier rappel datant de moins de cinq ans.).

IMPORTANT : Veuillez préciser, les indications suivantes concernant votre fille ;

- ☐ Contre-indications alimentaires :
- ☐ Médicaments à prendre :
- ☐ Médicaments à ne pas administrer :

Fait à Le
(Lieu) (Date)

Signatures des parents

Cet imprimé est obligatoire. Il doit être remis au responsable dès l'arrivée de la joueuse