



AUTORISATION PARENTALE

JOURNÉES PORTES OUVERTES ÉCOLE DE FOOT FÉMININES

MERCREDIS 14, 21 & 28 SEPTEMBRE | 5 & 12 OCTOBRE

Je soussigné(e) Monsieur, Madame (rayer la mention inutile) _____

Demeurant à (adresse complète) :

e-mail : _____ @ _____

téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Agissant en qualité de : PÈRE – MÈRE – TUTEUR LÉGAL (rayer les mentions inutiles)

Autorise : _____ (nom et prénom de la joueuse)

Née le : _____ à _____

À participer à une séance d'ANGERS SCO ASSOCIATION dans le cadre de ses « portes ouvertes » :

MERCREDI(S) : 14/09 | 21/09 | 28/09 | 05/10 | 12/10

CATÉGORIE : U8 (2015) | U9 (2014) | U10 (2013) | U11 (2012)

Par la présente, je m'engage à décliner de toutes responsabilités physiques et civiles le club d'ANGERS SCO ASSOCIATION.

J'autorise _____ à recevoir tous les soins que son état de santé nécessitera, y compris l'hospitalisation d'urgence et à apparaître sur tous supports de communication d'ANGERS SCO.

Fait à : _____

Le : _____

Signature du représentant légal :

Cette autorisation doit être remplie et remise au club obligatoirement pour pouvoir participer.

