

Samedi 10 JUIN 2017



JOURNEE

**DETECTION U 19
NATIONAUX**

SAISON 2017/2018

Nom : Prénom :

Né(e) : à

Adresse :

Téléphone :/...../...../..... ou/...../...../.....

Adresse mail :

Médecin traitant : n° tél :/...../...../.....

Problème de santé à signaler :

AUTORISATION DU REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e)

Demeurant à

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur

L'AUTORISE

- à participer à la journée « Détection U 19 Nationaux » organisée par l'Union Sportive Alençonnaise le **samedi 10 Juin 2017** sur les installations municipales du stade Jacques FOULD, 8 rue Pierre de Coubertin 61000 ALENÇON.

AUTORISATION MEDICALE

- le responsable de l'école de foot ou par délégation un membre de l'US Alençon à faire intervenir un médecin pour donner les soins nécessaires, en cas d'urgence.
(merci de nous signaler tout problème / contre-indication au niveau médical)

DROIT A L'IMAGE

- autorise, à titre gracieux, la diffusion de photographies, vidéos réalisées dans le cadre de ces journées où figure mon enfant (presse locale, support de communication du club, site internet officiel du club ou autres).

Pour valoir ce que de droit,

Lu et approuvé le

Signature