



## AUTORISATION PARENTALE PPF MIXTE 2026-2027

Je soussigné(e), Mr ou Mme \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° Tél : \_\_\_\_\_ Adresse Mail : \_\_\_\_\_

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

N° Sécurité Sociale des parents : \_\_\_\_\_

Autorise (l'enfant) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Catégorie : \_\_\_\_\_

Licencié(e) au club de : \_\_\_\_\_ N° licence : \_\_\_\_\_

✓ À PARTICIPER aux rassemblements, stages, sélections, détections, organisés par le District de Côte d'Or de Football.

✓ J'AUTORISE les responsables de ce rassemblement à faire pratiquer en mon absence tous les soins que son état de santé nécessite, y compris l'hospitalisation d'urgence, ou à faire pratiquer toute intervention qui s'avérerait indispensable.

✓ J'AUTORISE également le District de Côte d'Or de Football à utiliser pour la promotion de L'opération, les photos et vidéos prises à titre individuel.

✓ En cas de déplacement en véhicule léger (jusqu'à 9 places), j'AUTORISE le personnel encadrant du rassemblement à véhiculer mon enfant.

Je certifie que mon enfant a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (dernier rappel datant de moins de 5 ans).

**CETTE AUTORISATION EST OBLIGATOIRE ET A RENVoyer A [MROY@COTE-DOR.FFF.FR](mailto:MROY@COTE-DOR.FFF.FR) AVANT LE PREMIER RASSEMBLEMENT, FAUTE DE QUOI L'ENFANT NE POURRA PAS Y PARTICIPER.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Président du club

NOM Prénom & Signature

Les parents – Tuteur légal

NOM Prénom & Signature