



AMICALE SPORTIVE MURETAINE

DETECTIONS 2019



AUTORISATION PARENTALE

PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

Je soussigné(e) Monsieur, Madame.....

Demeurant : Adresse.....

CP :..... VILLE.....

Agissant en qualité de : **PERE – MERE – TUTEUR LEGAL**

Autorise (nom et prénom du joueur).....

- A participer aux détections 2019 qui se déroule durant le mois de février. J'atteste que mon enfant ne présente aucune indication à la pratique du football et qu'il à passer une visite médicale à jour et récente.
- Je prends l'engagement qu'il respectera scrupuleusement les consignes qui lui seront données par les responsables et autorise l'animateur ou son représentant dûment accrédité à prendre toutes les dispositions en cas d'urgence et particulièrement en cas d'accident.

MUTUELLE :

N° SECURITE SOCIALE :

N° TELEPHONE PERSONNEL :

ADRESSE MAIL :

ALE/...../2019

SIGNATURE :