



SAISON 2017/2018

AUTORISATIONS PARENTALES



Je soussigné(e).....(père – mère – tuteur – représentant
légal) ⁽¹⁾ de(nom – prénom de l'enfant) :

AUTORISE(NT) ⁽²⁾

- les dirigeants de l'E.G.H.B. – U.S. LIFFRÉ FOOTBALL GAÉLIQUE à prendre toutes les mesures rendues nécessaires (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales), si l'état de notre enfant le nécessite **en cas d'urgence**.
- l'US Liffre football gaélique à utiliser **l'image** de mon enfant, à des fins de promotion des activités de l'association, sur ses supports de communication, son site internet (www.footballgaelique.usliffre.org), ses réseaux sociaux et dans la presse.
- le **transport** de mon enfant par une tierce personne lors des déplacements prévus dans le cadre des activités du club en France et à l'étranger.
- pour les espoirs (16 – 18 ans) uniquement*, la participation de mon enfant **aux matches et compétitions des équipes sénior de l'US Liffre football gaélique**.

A, le

Signature des parents, tuteur ou
représentant légal

(1) Rayer la mention inutile