



**AUTORISATION PARENTALE pour un joueur mineur lors d'un CDA D+05**

**JOUEUR MINEUR CONCERNÉ**

Prénom NOM SEXE

DATE DE NAISSANCE Numéro de LICENCE FFBaD

OBSERVATIONS  
PARTICULIÈRES  
(Allergies, etc.)

**RESPONSABLE LÉGAL du JOUEUR MINEUR**

Prénom(s), NOM(S)

QUALITÉ (Père, Mère...)

N° SECURITE SOCIALE

TÉLÉPHONE 1

TÉLÉPHONE 2

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

**Autorise mon enfant/joueur mineur ci-dessus à participer au :  
Circuit Départemental adulte le dimanche 3 Février 2019**

**AUTORISATION du Responsable Légal à l'ADULTE RESPONSABLE du joueur mineur  
(A remplir même si cela est le responsable légal qui est présent pendant tout le CDA D+)**

Agissant en ma qualité de responsable légal, j'(m') autorise également  
agissant en mon nom en qualité d'adulte responsable **présent tout au long de ce CDA D+ 05** et mentionné sur le  
formulaire d'engagement du club de , à prendre le cas échéant toutes les

mesures sportives et/ou physique (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, autres) rendues  
nécessaires par l'état de mon enfant/joueur mineur durant cette édition ci-dessus.

Je déclare exactes toutes les informations mentionnées ci-dessus.

A

Le