

# JOURNEE PORTES OUVERTES – SO CHOLET



## 2010-2014 (U6-U9)



NOM / Prénom

Né(e) le :

du joueur :

à :

N° Téléphone :

E-mail :

CLUB

N°Licence

ACTUEL :

F.F.F.:



# AUTORISATION PARENTALE

Pour les moins de 18 ans



NOM / Prénom

N°Téléphone :

du responsable légal :

E-Mail :

Adresse :

Signature :



# DECHARGE MEDICALE



Je soussigné, ..... (père, mère, tuteur légal) (1) de l'enfant ..... autorise les dirigeants du Stade Olympique Choletais à prendre ou faire prendre toutes les mesures que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Je décharge les personnes intervenantes de toute responsabilité en cas d'intervention chirurgicale justifiée.

Fait à ....., le .....

Signature