
AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Monsieur, Madame

Responsable légal de la jeune, née le

l'autorise à participer à la détection des féminines du Stade Rennais F.C. (saison 2024 - 2025).

Date : ____/____/____

Signature du responsable légal :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e), Monsieur, Madame

autorise à faire pratiquer tout acte médical ou intervention chirurgicale urgente que nécessiterait l'état de santé de ma fille.....(nom/prénom).

Personne à contacter en cas d'urgence :

Contacts :

Portable : - - - -

Domicile : - - - -

Travail : - - - -

Date : ____/____/____

Signature du responsable légal :

AUTORISATION DU CLUB

Je soussigné agissant en tant que responsable du clubautorise de la jeunelicenciée au club pour la saison 2024/2025 (**N° de licence obligatoire**), à participer à la détection des féminines du Stade Rennais F.C.

Fait à :

Date : ____/____/____

Signature et cachet du Club obligatoire