

---

## AUTORISATION

---

Je soussignée, Madame .....  
....., née le ..... déclare vouloir participer à la  
détection de l'équipe seniors féminine du Stade Rennais F.C. (saison 2024-2025).

**J'accepte que l'assurance de l'organisateur ainsi que celle de l'équipe sportive ne me couvre pas  
pour les risques subis (blessure, vol, etc.) durant la pratique sportive.**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

---

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

---

Je soussignée, Madame .....  
autorise à faire pratiquer tout acte médical ou intervention chirurgicale urgente que nécessiterait  
mon état de santé. Personne à contacter en cas d'urgence : .....

Contacts :

Portable : - - - - Domicile : - - - -

Travail : - - - -

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

---

## AUTORISATION DU CLUB

---

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

Fait à :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature et cachet du Club obligatoire**