
AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Monsieur, Madame
responsable légal, née le
l'autorise à participer à la détection des féminines 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 du responsable légal :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e), Monsieur, Madame
autorise à 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(e)..... agissant en tant que responsable
du clubautoriselicenciée 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