



Espoirs du Football Féminin

Octobre – Décembre 2019

Je soussigné.....(représentant légal) autorise..... à participer aux différentes phases des Espoirs du Football organisées par la Ligue Réunionnaise de Football pendant la période d'octobre à décembre 2019.

➤ **Problèmes de santé**

Problèmes de santé, de risques allergiques ou autres difficultés rencontrés:.....

➤ **Personnes habilitées ou interdites pour récupérer la joueuse à l'aéroport :**

PERSONNES HABILITES :

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

INTERDITES :

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT

➤ **Droit à l'image :**

Nous autorisons La Ligue Réunionnaise de Football à publier la photographie et/ou des vidéos de mon enfant (nom(s), prénom(s))

Oui

Non

➤ **Autorisation d'hospitalisation**

Nous autorisons les responsables de la de la Ligue Réunionnaise de Football de demander, en cas d'urgence, l'intervention des services de secours médicaux et le transfert de l'enfant à l'hôpital le plus proche pour que puisse être pratiqués toute hospitalisation, soin, transfusion, intervention chirurgicale, y compris l'anesthésie, jugés nécessaires par la médecine.

Oui

Non

A, le

Le(s) représentant(s) légal(aux)

Nom-prénom :

Signature :