

CLUBS :  
.....



**AUTORISATION PARENTALE**  
**DE PARTICIPATION DE JOUEUR U15 (2006) AUX COMPETITIONS U17**  
**SAISON 2021**

**PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS :**

Je soussigné(e) Monsieur, Madame .....

Demeurant à .....

agissant en qualité de : **PÈRE – MÈRE – TUTEUR LÉGAL** (*Rayer les mentions inutiles*).

**Autorise l'enfant** (nom-prénom date de naissance).....

- A PARTICIPER pour la saison 2021 aux compétitions U 17 placées sous l'égide de la Ligue Réunionnaise de Football.

Fait à ..... le .....

Signature :

**PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN MEMBRE DE LA CRM:**

• Je soussigné(e) Monsieur, Madame ..... en qualité de  
Médecin membre de la CRM certifie que le joueur ..... ne  
présente pas de contre-indication à la pratique du football en compétition dans la catégorie  
U 17.

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du médecin :

**AVIS DE LA COMMISSION REGIONALE MEDICALE**

AVIS FAVORABLE

AVIS DEFAVORABLE

**OBSERVATIONS DE LA COMMISSION REGIONALE MEDICALE :**

Fait à ..... le .....

Signature :