



sanaa.cdfc@gmail.com

ou



main propre à l'éducateur

**AUTORISATION
PARENTALE**

Nom..... Prénom

Date de naissance/...../.....

Numéro

Adresse mail

**Je
soussigné(e).....,
atteste que j'autorise le Chassieu
Décines Football Club à :**

- **avoir le droit à l'image de mon enfant,**
- **sortir mon enfant à l'extérieur des infrastructures du club (à pied, en transports en communs ou minibus),**
- **avoir recours aux services médicaux en cas de besoins pour mon enfant**

PROBLEMES MEDICAUX

Empty box for medical problems

Dans quel situation se trouve votre enfant ?

Licencié(e) au CDFC.....130€

Autres ou sans club.....150€

**fait à
Le**

SIGNATURE