



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

Dans quel situation se trouve votre enfant ?

- Licencié(e) au CDFC.....130€
- Autres ou sans club.....150€

fait à
Le

SIGNATURE