

**QUIMPER KERFEUNTEUN FOOTBALL CLUB**

31 rue Léon Jouhaux - 29000 QUIMPER

quimper-kerfeunteun.fc@orange.fr – 02 98 95 31 31

**BABYFUTSAL QKFC 2021 / 2022**

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), Monsieur/Madame \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, agissant en qualité de :

\* Tuteur \* Père \* Mère de l’enfant, ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***, né le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, et titulaire de l’autorité parentale, autorise par la présente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, à participer aux séances de babyfutsal du QKFC pour la saison 2021 2022.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Pour servir et valoir ce que de droit.

***Signature du ou des parents :***

**AUTORISATION D’INTERVENTION CHIRURGICALE**

Je, soussigné(e), Monsieur, Madame \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorise à faire pratiquer tout acte médical ou intervention chirurgicale urgente que nécessiterait l’état de santé de mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom/prénom).

Personne à contacter en cas d’urgence :

Mr et/ou Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphones :

Domicile : / / / / /

Travail : / / / / /

Portable : / / / / /

Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse postale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

***Signature du ou des parents :***