



LE PASS-FOOT DÉCOUVERTE




RÉGION ACADÉMIQUE
CENTRE-
VAL DE LOIRE
*Liberté
Égalité
Fraternité*




GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs





Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

Ville : Code Postal :

Le Pass-Foot Découverte

**te permet d'effectuer trois séances au sein du club de ton choix.
A l'issue de la troisième séance, prends ta licence et rejoins vite
des millions de jeunes qui pratiquent comme toi le football pour
leur plus grand plaisir
et vis pleinement ta passion !**

Volet à conserver par le club accueil

Volet à retourner par le club d'accueil de la 3^{ème} séance au District



1^{ère} SEANCE : date / /

CLUB :

Responsable
de la séance + Tél :

Nom et prénom
de l'enfant :

Signature + Cachet du club



2^{ème} SEANCE : date / /

CLUB :

Responsable
de la séance + Tél :

Nom et prénom
de l'enfant :

Signature + Cachet du club



3^{ème} SEANCE : date / /

CLUB :

Responsable
de la séance + Tél :

Nom et prénom
de l'enfant :

Signature + Cachet du club



Autorisation parentale ou Tuteur légal (1^{ère} séance)

Je soussigné(e), M, Mme, autorise mon enfant
..... à découvrir la pratique du football dans le club de :
..... Le / /

J'autorise le responsable à lui faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, ou tout autre affection grave, après consultation d'un praticien.

*Je déclare avoir pris connaissance des garanties « individuelle accident » dont bénéficiera mon enfant avec le **PASS-FOOT DÉCOUVERTE** et certifie qu'il ne présente aucune contre-indication pour la pratique des activités physiques et sportives.*

Date + Signature



Autorisation parentale ou Tuteur légal (2^{ème} séance)

Je soussigné(e), M, Mme, autorise mon enfant
..... à découvrir la pratique du football dans le club de :
..... Le / /

J'autorise le responsable à lui faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, ou tout autre affection grave, après consultation d'un praticien.

*Je déclare avoir pris connaissance des garanties « individuelle accident » dont bénéficiera mon enfant avec le **PASS-FOOT DÉCOUVERTE** et certifie qu'il ne présente aucune contre-indication pour la pratique des activités physiques et sportives.*

Date + Signature



Autorisation parentale ou Tuteur légal (3^{ème} séance)

Je soussigné(e), M, Mme, autorise mon enfant
..... à découvrir la pratique du football dans le club de :
..... Le / /

J'autorise le responsable à lui faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, ou tout autre affection grave, après consultation d'un praticien.

*Je déclare avoir pris connaissance des garanties « individuelle accident » dont bénéficiera mon enfant avec le **PASS-FOOT DÉCOUVERTE** et certifie qu'il ne présente aucune contre-indication pour la pratique des activités physiques et sportives.*

Date + Signature