

AUTORISATION PARENTALE  
*permis de jouer*



JE SOUSSIGNÉ, MME, M. :

AUTORISE MON ENFANT :

À DÉCOUVRIR LA PRATIQUE DU FOOTBALL.  
JE CERTIFIE QUE MON ENFANT NE PRÉSENTE  
AUCUNE CONTRE-INDICATION POUR LA PRATIQUE  
DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES.



SIGNATURE

DATE



PERMIS DE JOUER

**3** **SÉANCES**  
*découvertes*  
**GRATUITES**  
*dans ton club*



FILLES ET GARÇONS  
**5-12 ans**

# Le Club



LE CLUB

CONTACT

N° TÉL.

DATES, LIEUX  
ET HORAIRES  
DES SÉANCES GRATUITES

TAMPON  
OU SIGNATURE  
DU CLUB



# Le Joueur ou la Joueuse



NOM

PRÉNOM

DATE  
NAISSANCE

EMAIL

ADRESSE

N° TÉL.

