



ATTESTATION ET AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné(e) M(me).(père, mère, tuteur)

Autorise le jeune (Nom) Prénom,

- A pratiquer le Football au sein de la section Football de l'Espoir Sportif de Moussy le Neuf pour la saison **2015/2016**.
- Certifie être informé des garanties AXIOME et avoir pris connaissance des clauses Assurance
- Certifie qu'il est assuré contre les accidents survenus, à lui, ou de son fait au cours de la pratique sportive, conformément à la réglementation en vigueur. (l'assurance licence suffit).
- Déclare accepter le règlement intérieur de **L'E S Moussy-Le-Neuf Section FOOT**.
- Déclare dégager le club de **L'E S Moussy-Le-Neuf Section FOOT** de toutes responsabilités dans les conséquences éventuelles liées aux accidents qui pourraient survenir à la suite d'utilisation d'engins à moteur de toute nature, de rixes ou de faits non couverts par les garanties prévues dans le protocole d'accord liant la L.P.I.F.F. et la compagnie d'assurances représentée par le Cabinet AXIOME ASSURANCES.
- Déclare dégager le club de **L'E S Moussy-Le-Neuf Section FOOT** de toutes responsabilités en cas de vol.
- S'engage à véhiculer l'enfant par ses propres moyens du lieu de son domicile au lieu de rendez-vous et réciproquement pour le retour.
- Et déclare dégager tout dirigeant bénévole ou parents d'autres joueurs, du transport de l'enfant, sans accompagnement parental, de toutes responsabilités dans les conséquences éventuelles liées aux accidents de la route qui pourraient survenir lors de déplacements effectués.
- S'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite à l'enfant.
- Prends bonne note qu'en cas de renvoi ou départ du club de **L'E S Moussy Le Neuf Section FOOT** pour une quelconque cause, il ne sera fait aucun remboursement des sommes versées.
- Autorise le(a) Responsable du match à faire intervenir le médecin ou prendre toutes dispositions utiles en cas d'accident nécessitant une hospitalisation d'urgence (intervention - anesthésie).
- Contre-indication ou allergies médicamenteuses connues :

Fait à....., le

SIGNATURE :

EN CAS D' URGENCE PERSONNE A PRÉVENIR:

Nom & Prénom:

Adresse:

N° Tél. domicile : N° Tél. travail :

e-mail :

Espoir Sportif de Moussy-Le-Neuf Section FOOT

Salle du Chêne - Rue Cléret

77230 Moussy-Le-Neuf