

AUTORISATION PARENTALE POUR LES JOUEURS/JOUEUSES MINEUR(E)S

Je soussigné(e): M./Mme _____

Père Mère Tuteur

Autorise :

- le club de l'AS Baume les Dames à photographier et/ou filmer l'enfant au cours des activités proposées par le club. Ces photos ou vidéos pourront être publiées sur le site internet, les réseaux sociaux du club ou à l'occasion d'articles de la presse écrite

OUI NON

- les dirigeants licenciés du club à mettre en œuvre, en cas d'urgence, les traitements et interventions chirurgicales (anesthésie comprise) qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires pour la santé de l'enfant et accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

OUI NON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LES JOUEURS/JOUEUSES MINEUR(E)S

Renseignements médicaux concernant l'enfant •

L'enfant est-il sujet à des allergies ?

Asthme OUI NON

Alimentaires OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler):

Recommandation utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses etc... ou présente-t-il des difficultés de santé particulières ? Précisez :

Je déclare exacts les renseignements portés sur ce document et m'engage à transmettre au club toute modification concernant ces informations.

Fait à _____, le _____