

AUTORISATION PARENTALE

LICENCIE(E)S MINEURS - saison 2017-2018

Je soussigné(e) M. ou M^{me} _____ père, mère, représentant légal de l'enfant mineur

NOM: _____ Prénom: _____ Date de naissance : _____

autorise l'équipe encadrante à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de blessure ou tout état pathologique nécessitant une prise en charge médicale urgente, à faire prodiguer les soins immédiats nécessaires à son état auprès de l'autorité médicale compétente la plus proche.

Si votre enfant souffre d'un problème de santé, vous pouvez nous le signaler ci-dessous (ex.: asthme, allergie,...) :

Je note que la couverture médicale de mon enfant est assurée par la couverture médicale des parents (sécurité sociale-maladie), la mutuelle complémentaire des parents, l'assurance scolaire et l'assurance individuelle éventuellement souscrite avec la licence FFBB. Le club n'a pas d'assurance spécifique « maladie et accident » pour ses licencié(e)s.

Ci-joints nos numéros de téléphones:

domicile: _____ portable: _____ professionnel: _____

- J'autorise le club à m'envoyer tous courriers concernant la vie du club à l'adresse **e-mail** suivante:

- J'autorise la publication de photos ou images de l'adhérent(e) ci-dessus désigné(e) en affichage ou dans une publication du club ou une publication en relation avec l'activité du club.

- J'autorise le club à utiliser le nom, prénom et photos ou images de l'adhérent(e) ci-dessus désigné(e) sur le site internet du club dans le cadre de la publication des résultats ou en relation avec l'activité du club.

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association, disponible sur le site internet du club www.cmsb73.net ou sur les panneaux d'affichage dans les gymnases du club

Date : _____ Signature : _____



AUTORISATION

LICENCIE(E)S MAJEURS - saison 2017-2018

Je soussigné(e), NOM: _____ Prénom: _____ Date de naissance : _____

autorise l'équipe encadrante à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de blessure ou tout état pathologique nécessitant une prise en charge médicale urgente, à faire prodiguer les soins immédiats nécessaires à mon état auprès de l'autorité médicale compétente la plus proche.

Si vous souffrez d'un problème de santé, vous pouvez nous le signaler ci-dessous (ex.: asthme, allergie,...) :

Je note que ma couverture médicale est assurée par mon assurance maladie (sécurité sociale), ma mutuelle complémentaire et l'assurance individuelle éventuellement souscrite avec la licence FFBB. Le club n'a pas d'assurance spécifique « maladie et accident » pour ses licencié(e)s.

Ci-joints mes numéros de téléphones:

domicile: _____ portable: _____ professionnel: _____

- J'autorise le club à m'envoyer tous courriers concernant la vie du club à l'adresse **e-mail** suivante:

- J'autorise la publication de photos ou images me concernant en affichage ou dans une publication du club ou une publication en relation avec l'activité du club.

- J'autorise le club à utiliser mes nom, prénom et photos ou images me concernant sur le site internet du club dans le cadre de la publication des résultats ou en relation avec l'activité du club.

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association, disponible sur le site internet du club www.cmsb73.net ou sur les panneaux d'affichage dans les gymnases du club.

Date : _____ Signature : _____