



FICHE INFORMATION MINEURS

Nom de l'enfant Prénom

Date de naissance Sexe : M/F

Adresse

CP Commune

Responsables de l'enfant

Nom Prénom

Tél Mail

Nom Prénom

Tél Mail

Traitement médical

Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui non

si oui, y a-t-il des recommandations par rapport à celui-ci ?.....

Problèmes de santé particuliers (allergie, opération, maladie, accident)

Autorisation

- ☐ J'autorise que mon enfant soit filmé et/ou pris en photo par le club pour une éventuelle diffusion sur l'ensemble des supports de communication du club : calendrier, médias et réseaux sociaux et site Internet/
En acceptant, je m'engage à ne faire aucune restriction du droit à l'image de mon enfant et de ne demander aucune contrepartie au club ni à ses prestataires, en charge de la réalisation de ces supports.
- ☐ J'autorise que mon enfant soit transporté en voiture particulière ou en car, dans le cadre des déplacements sportifs.
- ☐ J'autorise les responsables de son équipe, éducateurs et dirigeants, à faire dispenser les soins nécessaires et utiles en cas d'urgence sur mon enfant.

A, le

Signature suivie de la mention « lu et approuvé » :