



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.....

Traitemennt 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 » :