AUTORISATION MEDICALE

NOUS, SOUSSIGNES :
Nom, Prénom du père : .....

Nom, Prénom de la mère : .....

PARENTS DE : .....

AUTORISONS LES ENTRAINEURS DU CLUB VEO 2000 Á PRENDRE LA DECISION DE TRANSPORTER OU FAIRE TRANSPORTER MON ENFANT A L' HOPITAL LE PLUS PROCHE OU LE PLUS ADAPTE DANS SON INTERET SI TOUTEFOIS UN ACCIDENT SURVENAIT AU COURS DE L ENTRAINEMENT.

FAIT A : LE : SIGNATURE DES PARENTS

***AUTORISATION A COMPLETER UNIQUEMENT SI VOUS SOUHAITEZ QUE D'AUTRES PERSONNES PUISSENT RECUPERER VOTRE ENFANT**

JE SOUSSIGNE (NOM DU PARENT RESPONSABLE DE L'ENFANT)

.....

(OU) NOUS SOUSSIGNES (NOM DES DEUX PARENTS QUI SONT HABILITES A RECUPERER L'ENFANT) :

MR : .....

ET ME : .....

AUTORISENT : M. .....
(2 PERSONNES MAXI)
M. ....

A RECUPERER MON (NOTRE) ENFANT.....

A LA FIN DES SEANCES D'ENTRAINEMENT.

FAIT A : LE :
SIGNATURE DES DEUX PARENTS
(OU SIGNATURE DU PARENT AYANT LA GARDE DE L'ENFANT)

AUTORISATION RELATIVE AU DROIT A L'IMAGE

JE SOUSSIGNE (NOM, PRENOM DU PERE) .....

JE SOUSSIGNEE (NOM, PRENOM DE LA MERE) .....

JE SOUSSIGNE(E)
(NOM, PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL) .....
PARENTS DE :
NOM : ..... PRENOM : ..... AGE : .....

AUTORISENT L'EQUIPE D'ENCADREMENT DU CLUB VEO 2000 A PRENDRE DES PHOTOS OU A FILMER MON ENFANT DANS LE CADRE DES ACTIVITES DU CLUB ET A DIFFUSER CES PHOTOS SUR LES REVUES, LES DOCUMENTS ET SITE INTERNET DU CLUB,

A ..... LE :.....
SIGNATURES OBLIGATOIRES DES DEUX PARENTS TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE OU DU TUTEUR LEGAL :

*LE PERE * LA MERE *LE TUTEUR LEGAL

(* BARRER LA MENTION INUTILE)