



www.canejanbasket.fr

Personne à contacter en cas d'urgence (si différent du représentant légal):

.....
Tél. Dom..... Tél. Prof..... Portable.....

Contre-indication médicales (Allergies,...) ou traitement en cours :

Personne(s) autorisée(s) à récupérer les enfants :

NOM:..... Prénom :.....

Tél. Dom..... Portable.....

Formulaire d'AUTORISATIONS SAISON 2018-2019

Je soussigné(e), Monsieur, Madame

Demeurant à

Agissant en qualité de : **PÈRE** / **MÈRE** / **TUTEUR LÉGAL** (rayer les mentions inutiles)

de l'enfant (Prénom et Nom)

Autorise : **[Cocher les cases si autorisation]**

- Mon enfant à repartir seul de la salle Pierre Meunier à la fin de l'activité si celle-ci est interrompue ou annulée.
- Mon enfant à être transporté, en mon absence, sur les lieux des rencontres extérieurs par un tiers.
- Mon enfant à participer pour la saison 2018 / 2019 aux rencontres et à recevoir en mon absence tous les premiers soins que son état de santé nécessite, y compris l'appel du SAMU et l'hospitalisation, sur décision des dirigeants du club ou d'un médecin.
- Le BASKET CLUB CANÉJANAIS à utiliser l'image de mon enfant ou de moi-même à l'occasion de photographies d'équipes ou de groupes de joueurs, dans le cadre de leur activité sportive, et renonce à mes droits d'image.

Je déclare être informé que la responsabilité du club et des dirigeants envers mon enfant ne s'exerce uniquement que dans les horaires définis d'entraînement et de match (accueil à l'heure du RDV, activité, vestiaire).

Et je m'engage, d'autre part, à m'assurer de la présence d'un entraîneur ou d'un dirigeant à chaque fois que je dépose mon enfant à la salle.

Fait à :, le:..... Signature :

