AUTORISATIONS SAISON 2017/2018

COMPLEMENTS D'IDENTITE

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Allergie (alimentaire, médicamenteuse) : oui / non
Si oui lesquelles : _____

Traitement médicale en cours : oui / non
Si oui lequel : _____

AUTORISATION DE DEPLACEMENT :

Je soussigné(e)_____ autorise ma fille _____

Né le _____ à participer et à se déplacer aux compétitions avec le club pour la saison 2017/2018.

Date Signature

AUTORISATION CHIRURGICALE

Je soussigné(e)_____autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) les cadres présents sur place à permettre une prise en charge par les médecins si nécessaire de ma fille.

Date Signature

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) _____ autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) la prise de photos, vidéos, et la diffusion sur les réseaux sociaux de_____ (en cas de non autorisation, merci de transmettre une photo de votre enfant en format JEPG ou PDF à l'adresse mail secretaire.vbce@gmail.com en précisant son nom, son prénom et sa date de naissance).

Date Signature