



# AUTORISATIONS

## PRISE EN CHARGE MEDICALE

Je soussigné(e), ..... parent de .....  
autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant durant les  
entraînements et autres manifestations du club.

**Nom et N° de tél de la personne à prévenir en cas d'urgence :**

Information importante à communiquer aux services médicaux (ex : allergie) :

Date

Signature

SIEGE SOCIAL : Ferme Dupire- 80 rue Yves Decugis - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ  
ENTRAINEMENT : PALACIUM salle Expression - rue Breughel - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ

.....



## DROIT A L'IMAGE (valable jusqu'au 31/08/2024)

Je soussigné(e),....., ( parent de  
..... ) autorise la publication non commerciale des photos prises lors  
des entraînements et autres activités organisés par le club (ex : site du club, diffusion  
ville comme Sporama, Tribune, guide des sports, site de la ville,... liste non exhaustive)

Date

Signature

SIEGE SOCIAL : Ferme Dupire- 80 rue Yves Decugis - - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ  
ENTRAINEMENT : PALACIUM salle Expression - rue Breughel - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ