



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 31/08/2026)

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