



INFORMATIONS DIVERSES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Catégorie :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Pour les mineurs, nom et prénom du représentant légal :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-Mail :

Avez-vous besoin d'une attestation pour votre comité d'entreprise ou autre ? OUI NON

Fait le :

Signature :

DECHARGE MEDICALE

En cas d'urgence et/ou d'impossibilité de contacter les parents ou représentant légal

- J'autorise
- Je n'autorise pas

L'éducateur ou l'encadrant désigné à prendre toutes les mesures nécessaires qui s'imposent y compris l'hospitalisation si nécessaire.

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

Traitements médicaux en cours et/ou allergies :

Autres informations à savoir, si nécessaire :

Fait le :

Signature :



AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur , représentant légal de l'enfant , licencié(e) à l'association de basket-ball du BCMM, autorise l'association à faire transporter mon enfant par tous le moyens mis à disposition par l'association. En cas d'accident, la responsabilité de l'association sera totalement dégagée.

Rapprochez-vous de votre assureur pour vérifier vos conditions d'assurance pour le transport d'autres enfants que le vôtre.

Fait le:

Signature :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur , représentant légal de l'enfant ,

autorise n'autorise pas

le BCMM à utiliser des photos et/ou vidéos de votre enfant à des fins de communications, de publications, d'informations au sein du club (facebook, site internet, calendrier, etc.).

Fait le:

Signature :

AUTORISATION DE QUITTER LA SALLE

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur , représentant légal de l'enfant ,

- autorise l'enfant à quitter la salle et à rentrer seul(e) à son domicile après l'entraînement et/ou match
- n'autorise pas l'enfant à quitter la salle et s'engage à venir le récupérer après l'entraînement et/ou match

Fait le:

Signature :

