



## Autorisation parentale médicale d'urgence

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Demeurant à (adresse complète) : .....

Agissant en tant que :

Père

Mère

Tuteur

Téléphones : .....

Autorise, en cas d'urgence, le médecin consulté à pratiquer tout acte médical, chirurgical ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de l'enfant :

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Né le : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

En cas de maladies ou traitements particuliers que vous jugez utiles de porter à notre connaissance (Allergies, Asthme, ...) :

.....

.....

A .....

Le .....

Signature Responsable légal :



## Autorisation parentale de droit à l'image

Nom et prénom de l'adhérent : .....

Date de naissance : .....

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Agissant en tant que :  Père  Mère  Tuteur

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Agissant en tant que :  Père  Mère  Tuteur

- Autorisent notre enfant à être photographié et/ou filmé et/ou enregistré dans le cadre de l'activité du club.
- Autorisent la diffusion des photographies ou du film ou de l'enregistrement :
  - Sur le site internet du club
  - Sur le Facebook et le Whatsapp du club
  - Sur les supports liés aux activités pédagogiques
- Autorisent la diffusion des photographies ou du film ou de l'enregistrement :
  - Dans la presse écrite
  - Sur les chaînes de télévisions ou les radios

Cette autorisation est valable sur toute la durée de vie de la publication concernée.

A .....

Le .....

Signature du ou des représentants légaux :