



ÉTOILE DE BOËN BASKET

SAISON 2021/2022

FICHE AUTORISATIONS

NOM :

PRÉNOM :

Règlement intérieur (à prendre connaissance sur etoiledeboenbasket.fr)

Je soussigné,.....licencié au sein de l'Étoile de Boën atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et m'engage à le respecter.

Fait à, le/...../.....

Signature : Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

Licencié(e)

Père/Tuteur

Mère/Tutrice

Droit à l'image

Je soussigné,..... joueur(se) ou père/mère/tuteur de.....
..... autorise, n'autorise pas (rayez la mention inutile) le club de l'Étoile de Boën à photographier ou filmer durant les activités de Basket (entraînements, matchs, stages, animations diverses) et ceci à des fins d'exposition, presse écrite, publications internet sur le site et sur la page Facebook du club ,

Fait à, le/...../.....

Signature : Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

Licencié(e)

Père/Tuteur

Mère/Tutrice

Autorisation parentale de transport de mineurs

Je soussigné,, père/mère/tuteur de.....
autorise mon fils, ma fille, à effectuer les trajets liés à son activité sportive au sein de l'étoile de Boën basket dans tout véhicule, qu'il soit conduit par une personne opérant à titre de bénévole ou à titre de transporteur professionnel.

Fait à, le/...../.....

Signature : Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

Licencié(e)

Père/Tuteur

Mère/Tutrice

Autorisation de soins.

Pour le licencié : né(e) le .../...../..... j'autorise l'Étoile de Boën basket par son représentant délégué présent sur place, s'il n'a pas pu me contacter, à prendre toutes décisions nécessaires en cas de maladie(s), blessure(s), ou d'accident(s) survenus pendant l'activité sportive (entraînement, match, transport). Je donne également mon accord au médecin responsable pour pratiquer toute intervention ou soin qui s'avérerait indispensable, y compris l'hospitalisation.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

1. Nom : Qualité : Tel :
2. Nom : Qualité : Tel :

Informations médicales pouvant être communiquées :(contre-indications, traitements, antécédents, allergies...):.....
.....

Fait à, le/...../.....

Signature : Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

Licencié(e)

Père/Tuteur

Mère/Tutrice