

SAISON 2017/ 2018

ÉQUIPE :

KEMPERLE BASKET CLUB

Nom de l'enfantsexe :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

mail :

Personne à prévenir en cas d'accident :
(nom et téléphone)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e)(père / mère / représentant légal)
autorise l'enfant à pratiquer le basket dans le
cadre des activités de club du Kemperlé Basket Club.

J'autorise les responsables du club de Basket de Quimperlé, à hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

**Je décharge les responsables de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en
dehors des activités du club de basket.**

Problèmes médicaux particuliers ou allergies :

.....
Médecin traitant : Téléphone :

Fait à : le :

Signatures des parents :

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de notre association, des photos de votre enfant peuvent être utilisées en vue de promouvoir nos activités. Nous sollicitons donc votre autorisation.

Je soussigné(e).....

parent de l'enfant.....

autorise le Kemperlé Basket Club à utiliser l'image de mon enfant dans les locaux, le site internet du club (Kemperlé Basket Club), la presse, ainsi que tout autre support afin de promouvoir le club...

A , le.....

signatures des parents: