

AUTORISATION PARENTALE

SITUATION ET COORDONNEES DES PARENTS

Mère:

Nom : Prénom :
Profession :
Entreprise : Lieu de travail :
Tel travail : Tel Portable : Tel Domicile :
Email :

Père:

Nom : Prénom :
Profession :
Entreprise : Lieu de travail :
Tel travail : Tel Portable : Tel Domicile :
Email :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), (NOM, Prénom),

en qualité de Père, Mère, Tuteur (barrer la mention inutile)

Domicilié(e) à :
.....
.....

autorise mon fils/ma fille (NOM, Prénom),

Né(e) le :/...../..... N° Sécurité Sociale :

à adhérer à l'association EVVSM pour y pratiquer les activités sportives encadrées pendant la saison 2024/25

à régler le montant de la cotisation annuelle (possibilité de paiement en plusieurs échéances)

J'autorise les membres du club à prendre en photos ou filmer mon enfant, à diffuser ces images et son identité dans des articles de presse locale ou sur internet

J'autorise la transmission de mes coordonnées à des partenaires directs du club à des fins de prospection commerciale, dans le but d'assurer la pérennité du club par la recherche de sponsors

En cas d'accident, j'autorise les animateurs de l'EVVSM à prendre la responsabilité de pratiquer les gestes de premier secours et d'appeler les services médicaux concernés pour la pratique des soins hospitaliers.

Nom du Médecin à prévenir :

Tél du Médecin :/...../...../...../.....

A, le/...../.....

Signatures des parents