

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX (pour les enfants mineurs à remplir par les parents)

1/ Cas d'urgence: accident, renvoi

Personne à contacter

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Code Postal .....

Ville .....

Tél portable.....

Tél domicile .....

La personne à contacter en mon absence est :

Nom .....

Prénom.....

Adresse

.....

Code Postal .....

Ville .....

Tél portable.....

Tél domicile .....

2/ L'enfant souffre t'il d'allergies?

Médicamenteuses

Alimentaires

Asthmes

Autres (précisez)

.....

3/ Autorisation de soins médicaux

Je soussigné(e).....

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse.....

Code Postal .....

Ville .....

Tél portable.....

Tél domicile .....

N° de sécurité sociale

.....

Autorise les responsables de l'Association GFC à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, après consultation d'un praticien, au mineur

: Nom .....

Prénom .....

Né(e) le.....

à .....

Je m'engage à rembourser à l'Association GFC l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés pour mon compte.

J'autorise la personne mentionnée au chapitre 1 à accueillir mon enfant si je suis injoignable.

Je certifie avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales d'inscription.

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à.....

le .....

Signature (obligatoire, précédée de la mention «lu et approuvé»)

## AUTORISATION D'EXPLOITATION DE MES DROITS A L'IMAGE

Je soussigné(e).....

Accorde au club sportif Golden Flames Cheerleaders, ses représentants et toute personne agissant avec l'autorisation du club la permission de publier sur le site internet, la page Facebook et Instagram, affiches flyers et autres moyens destinés à promouvoir le club, photos et vidéos prises de moi (et/ou) de mes enfants..... dans le cadre des activités du club et ce durant la période de mon adhésion (et/ou) de celle de mon enfant quel que soit le lieu et l'horaire.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) pour signer ce formulaire  
Et/ou

En tant que tuteur légal pour mon ou mes enfants nommé(s) ci-dessus  
J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à ..... Le .....

Signature :

--