

AUTORISATIONS

Pour les majeurs

Je soussigné(e).....

I- AUTORISATION DE TRANSPORT

accepte d'emprunter les moyens de transport mis à sa disposition par le Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC y compris les véhicules personnels des entraîneurs ou de toute autre personne du Club et des parents éventuels qui accompagneront ces déplacements. Je m'engage à ne pas intervenir juridiquement contre le Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC en cas d'accident. Dans le cas contraire, je me déplacerai moi-même sur chaque déplacement.

II- AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES

autorise le Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC à me prendre en photo pendant les activités au sein du Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC. J'autorise le Montpellier Méditerranée Métropole Canoë Kayak UC à afficher ces photos dans ses locaux ou lieux que le club utilise et éventuellement à publier ces photos dans des supports internes (programmes, journal,..) et/ou externes (facebook, site internet, médias,..) du club. J'ai pris bonne note que cette disposition n'ouvre droit à aucune rémunération.

Nom :

Date :

Signature :

AUTORISATION MEDICALE

pour l'année 2015/2016

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents.

Si celle-ci fait défaut, il leur faut demander l'autorisation au Juge des enfants ou au Procureur de la République.
L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

JE SOUSSIGNE(E), LE RESPONSABLE LEGAL, M./MME

NOM – PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

CODE POSTAL :

VILLE :

☎ DOMICILE :

☎ PORTABLE :

☎ PROFESSIONNEL :

☎ AUTRE :

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait mon état de santé

Date de naissance :

N° Sécurité sociale :

Personne à joindre en cas d'urgence :

Fait à _____, le _____

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A destination de la structure

pour l'année 2015/2016

Nom :

Prénom :

Age :

Taille :

Poids :

N° de sécurité sociale :

L'enfant souffre t'il d'allergies ? Alimentaires ? Médicamenteuses ? Autres ?

Asthme ?

Restrictions alimentaires ?

Date des vaccins suivants :

- Diphtérie :
- Tétanos :
- Polio :

L'enfant suit il actuellement un traitement ?

Problèmes de santé à signaler :

Fait à _____, le _____

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »