

Fiches de renseignements et autorisations parentales

<http://twirling-baton-villers.fr>

**Renseignements concernant l’athlète**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date et lieu de Naissance : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse postale : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

N° de licence : 5401…

**Renseignements concernant la famille**

Nom, Prénom du représentant légal : …………………………………………………………………………………………………………….

Profession : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse postale : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de Sécurité social : …………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone fixe et portable : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse mail : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autorisations Parentales (rayer la ou les lignes en cas de refus)**

Je soussigné Madame, Monsieur ……………………………………………père, mère, tuteur ou représentant légal de l’athlète susnommé.

⃝ l’autorise à participer aux activités du twirling bâton en loisirs ou en compétition

⃝ autorise le responsable de l’association, à faire pratiquer une intervention médicale ou chirurgicale en cas d’urgente nécessité, comme le précise le contrat d’assurance de notre fédération et les textes de la loi sportive.

⃝ autorise un membre du club ou une tierce personne à transporter mon enfant sur les lieux des compétitions, stages, ou entrainements au moyen d’un véhicule accompagnateur dans le cas où je ne pourrais pas l’accompagner moi-même. Et décharge le Club de toute responsabilité en cas d’incident ou d’accident.

Droit à l’image

⃝ Autorise le club à utiliser et diffuser l’image et le nom de mon enfant dans le seul but de promouvoir gracieusement les activités de l’association. (Site internet, publications)

Personne à prévenir en cas d’urgence Nom et numéro de téléphone : ……………………………………………………………

Personne à prévenir en cas d’urgence Nom et numéro de téléphone : ……………………………………………………………

**Traitement ou observation particulière / allergie etc. ….. : ……………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Médecin traitant Nom et numéro de téléphone : ……………………………………………………………………………………………

Mention manuscrite : « lu et approuvé »

Signature des parents ou du responsable légal