



FICHE D'AUTORISATIONS - NDC BASKET ANGERS

AUTORISATION MÉDICALE

Je soussigné (e) Madame ou Monsieur,
responsable de l'enfant, autorise un membre de
l'équipe à prendre la décision d'appeler le médecin pour la consultation et de conduire
mon enfant aux urgences si nécessaire pour une intervention chirurgicale au cours de la
saison 2023/2024.

DATE : / /

SIGNATURE :

Médecin traitant :

Tél. :

Traitement médical en cours ou problème médical :

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné (e) Madame ou Monsieur,
responsable de l'enfant, autorise le transport
de mon enfant vers les lieux de matchs ou d'entraînements par les membres du club ou
des personnes référentes d'autres enfants du club au cours de la saison 2023-2024.

DATE : / /

SIGNATURE :

AUTORISATION POUR L'UTILISATION DES IMAGES

Je soussigné (e) Madame ou Monsieur,
responsable de l'enfant, autorise le club NDC
BASKET ANGERS à utiliser des images et vidéos de mon enfant à des fins d'informations
communication et d'animation au sein du club y compris sur le site web du club.

DATE : / /

SIGNATURE :