



# AUTORISATION INDIVIDUELLE

## JUDO-CLUB GAILLON

### ADHÉRENT MAJEUR

Je soussigné \_\_\_\_\_

autorise le Judo-Club Gaillon-Aubevoye :

- À utiliser et à transmettre toutes photo et vidéo sur lesquelles le licencié pourrait figurer dans le domaine relevant de l'association (journal, site internet du club et calendrier) et ce, sans contrepartie.
- Autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

### Renseignements :

Allergies connues : \_\_\_\_\_

Autres (asthme, problème articulaire ...) : \_\_\_\_\_

### PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature



# AUTORISATION PARENTALE

## JUDO-CLUB GAILLON

### ADHÉRENT MINEUR

Je soussigné \_\_\_\_\_

responsable de l'enfant \_\_\_\_\_

autorise le Judo-Club Gaillon-Aubevoye :

- À utiliser et à transmettre toutes photo et vidéo sur lesquelles le licencié pourrait figurer dans le domaine relevant de l'association (journal, site internet du club et calendrier) et ce, sans contrepartie.
- A participer pendant toute la saison sportive aux manifestations auxquelles le club l'inscrira après accord du représentant légal.  
Le licencié s'y rendra sous la responsabilité de son représentant légal.
- Autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

### Renseignements :

Allergies connues : \_\_\_\_\_

Autres (asthme, problème articulaire ...) : \_\_\_\_\_

### PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature