



FICHE DE RENSEIGNEMENT INDIVIDUEL

Licencié :

NOM : _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ___/___/___ à _____







Représentant légal :

NOM : _____ PRÉNOM: _____

QUALITÉ (Père, Mère,...) : _____







AUTORISATION D'INTERVENTION MÉDICALE ET/OU CHIRURGICALE

Je soussigné Mr, Mme _____, agissant en qualité de _____
autorise le club de Tennis de Table de Fontenay le Comte à prendre toutes les dispositions
nécessaires en cas d'accident ou d'urgence médicale ou chirurgicale (hospitalisation, opération,...)
concernant mon enfant _____

Je soussigné Mr, Mme _____, autorise l'anesthésie de mon fils, ma
fille _____ au cas où, victime d'un accident, il (elle) aurait à subir une
intervention chirurgicale.

Merci de nous indiquer toute allergie ou traitement en cours pour votre enfant :

Date : ___ / ___ / _____

Nom +signature des parents ou représentant légal,
précédé de la mention « Bon pour autorisation »

DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné Mr, Mme _____, autorise, n'autorise pas (rayer la mention inutile) le Tennis de Table Club Fontenaisien à diffuser les photos / vidéos de mon enfant prises lors de compétitions, tournois, entraînements sur les différents supports de communication utilisés par le club (internet, presse locale,...).

TRANSPORT :

Je soussigné Mr, Mme _____, autorise, n'autorise pas (rayer la mention inutile) que les membres du club ou parents, selon le cas, transportent mon enfant _____ aux compétitions ou toute autre manifestation sportive liée au club.

ENGAGEMENT PARENTAL :

Je m'engage à :

- Accompagner mon enfant dans la salle de Tennis de Table
- M'assurer qu'un représentant du club est bien présent dans la salle avant de laisser mon enfant
- Récupérer mon enfant dans la salle de Tennis de Table
- Respecter les horaires d'entraînement et être présent à la fin de l'entraînement pour récupérer mon enfant
- S'assurer que mon enfant vienne aux entraînements dans une tenue sportive adéquate

Le club se désengage de toute responsabilité en cas de non respect de ces règles.

Date : ____ / ____ / _____

Signature des parents ou représentant légal,
précédé de la mention « Bon pour autorisation »