



NOM Prénom :

N° de portable :

Adresse Mail :

N° de portable parents (obligatoire):

Adresse Mail parents (obligatoire) :

AUTORISATIONS PARENTALES

**Je (nous) soussigné(s) nom(s) et prénom(s) des représentants légaux
domicilié(s) à
autorise(sons) l'U.S.DAX, à
filmer et photographier, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, mon(notre) enfant mineur nom(s) et
prénom(s).....**

OUI NON

J'(nous) autorise(sons) le club à transporter mon(notre) enfant, pour les déplacements liés aux activités du club :

OUI NON

En cas d'accident

**J'(nous) autorise(sons) les responsables encadrants de la section Préparation Physique de l'U.S.DAX à prendre les
dispositions nécessaires pour transporter mon(notre) enfant et en cas d'urgence de le faire hospitaliser et opérer :**

OUI NON

Votre enfant est-il allergique à certain(s) médicament(s), si oui, veuillez préciser :

.....

Personne(s) à contacter en cas d'accident :

Père : Tél :

Mère : Tél :

Autres : Tél :

Autres : Tél :

Autres : Tél :

Numéro de Sécurité Sociale :

Mutuelle Complémentaire :

Fait à :

Le :

Signature(s) :