US DAX
ZONE DU SABLAR
Tel : 05 58 74 41 33
email : 59400026@fft.fr

ECOLE DE TENNIS

AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE

Par l'adhésion au club, le représentant légal ……
autorise l'association US Dax Tennis à photographier et/ou filmer mon enfant…….. dans le cadre des différents événements que l'association organise, et accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de l'image dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet de l'association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou support numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'association.

En conséquence de quoi, le représentant légal renonce expressément à se prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de l'US Dax Tennis qui trouverait son origine dans l'exploitation de l'image de l'enfant dans le cadre précité.

Fait à : le :

Signature du représentant légal ou tuteur :
(précédé de la mention «lu et approuvé, bon pour accord») :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), ... agissant pour mon enfant ..... autorise les responsables à prendre, en cas d'urgence, toutes les dispositions jugées nécessaires lors des entraînements, stages ou compétitions.

M'engage à respecter les modalités suivantes :

- ★ Vérifier la présence d'un responsable dans le club / terrain avant de laisser mon enfant
- ★ Récupérer mon enfant à l'heure précise de la fin de son cours
- ★ Dégager le club de toute responsabilité en cas de vol dans les vestiaires ou salles.
- ★ L'adhésion au club entraîne la pleine et entière acceptation des statuts et du règlement intérieur.

Fait à : le :
Signature des parents ou tuteur :

ATTESTATION PARENTALE

Je soussigné(e), ... représentant(e) légal(e) de l'enfant....., atteste avoir complété et coché uniquement des réponses négatives sur le questionnaire de santé relatif à l'état de santé du sportif mineur (annexe II-23 art A.231-3 du code du sportif mineur).

Je m'engage également à ce que mon enfant consulte un médecin pour la délivrance d'un certificat médical si une ou plusieurs réponses OUI ont été cochées.

Fait à : le :
Signature des parents ou tuteur :