



JOUEUR - EUSE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE :

CP :

VILLE :

ALLERGIE A SIGNALER

Merci d'entourer les allergies décelées, et précisez si besoin

ASTHME

ALLERGIE ALIMENTAIRE

AUTRE

Précisez si besoin :

.....

REGIME ALIMENTAIRE

Merci d'entourer les réponses, et précisez si besoin

SANS VIANDE

SANS PORC

AUTRE

Précisez si besoin :

.....

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-il des lunettes, prothèses auditives, lentilles, appareil dentaire ou autre :

.....

NOM / PRENOM MEDECIN TRAITANT :

N° TELEPHONE :

RESPONSABLES LEGAUX OU TUTEURS

NOM :

PRENOM :

N° TELEPHONE :

NOM :

PRENOM :

N° TELEPHONE :

ABSENCES DES RESPONSABLES LEGAUX OU TUTEURS

En cas d'absence des responsables légaux ou tuteurs, le club doit contacter :

NOM :

PRENOM :

N° TELEPHONE :

AUTORISATION AU DROIT A L'IMAGE

Les responsables légaux autorisent la publication de l'image du mineur suivant :

Ce droit à l'image détient les conditions suivantes :

- L'image ne pourra être captée et diffusée que dans le cadre d'une publication d'ordre associatif et sportif
- L'image ne pourra être diffusée que dans les supports suivants : le journal de l'association, les comptes facebook et instagram de l'association, ainsi que les médias locaux (Ouest France et Courrier de l'Ouest)

Fait à, le

Signature :