



Adhérent : Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F / M

Responsable légal : Nom : _____ Prénom : _____ Mère / Père / Tuteur
Adresse : _____ Code postal : _____ Commune : _____
Tel domicile : _____ Tel portable : _____

Médecin traitant : Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Tel : _____
Code postal : _____ Commune : _____

Allergies connues et traitement :

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance du club (traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :

Assurance maladie : N° SS : _____
Nom et adresse du centre de Sécurité Sociale : _____

Autorisation d'intervention chirurgicale :

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame _____ agissant en qualité de _____ de l'enfant (Nom et prénom) _____ autorise l'anesthésie de mon fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigue à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.
Date : le _____ Signature : _____ Signature : _____

Autorisation photographie ou vidéo « droit à l'image » :

Dans le cadre des entraînements, compétitions ou autres manifestations des prises de vue, photographiques ou vidéo, peuvent être faites.
Celles-ci sont destinées à être utilisées sur le site LTN, réalisations de CD, livrets ou partagées entre parents du club.
Les règles relatives au droit à l'image nécessitent une autorisation parentale.
Je soussigné(e), Monsieur ou Madame _____ agissant en qualité de _____ de l'enfant (Nom et prénom) _____ autorise la prise de vue de mon fils / fille.
Date : le _____ Signature : _____ Signature : _____

Autorisation de prise en charge lors de déplacements en véhicule :

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame _____ agissant en qualité de _____ de l'enfant (Nom et prénom) _____ autorise mon fils / fille à être véhiculé par un membre de l'association soit en minibus, soit en véhicule personnel pour se rendre à une compétition, un entrainement ou un RDV club.
Date : le _____ Signature : _____ Signature : _____