USSP AMIKUZE HANDBALL
ANNEE 2019-2020
valable du 1/08/2019 au 30/08/2020

I/ Autorisation Médicale Parentale

En cas d'urgence médicale une autorisation écrite des parents est obligatoire pour les interventions des médecins consultés : examens, anesthésie, chirurgie. Dans tous les cas, les parents sont prévenus par téléphone prioritairement.
L'attestation ci-dessous est destinée à accélérer l'intervention médicale (après appel téléphonique). Je soussigné(e), responsable légal,
M./Mme : .....
Adresse : .....
Tél domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable : __ / __ / __ / __ / __
autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

NOM/PRENOM : .....
……
DATE DE NAISSANCE : ……
……
N° DE SECURITE SOCIALE : ……
……
CONTRE INDICATIONS : ……
……

II/ Droit à l'image

J'autorise l'USSPA Handball, à photographier ou filmer mon enfant, au cours des activités du club, et à utiliser ces images (photographies ou films vidéo) uniquement dans le cadre des activités du club.
L'utilisation de ces images se fera, plus particulièrement, sur : le site web du club (sites.google.com/site/ussphandball), les articles de presse, ou tout autre support de communication concernant le club. Ces images ne seront ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Je m'engage, par la présente, à ne pas exercer de recours ultérieur en cas de publication de ces images. Il me sera possible de vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de ces images. La demande devra être adressée au Président(e) du club.

III/ Autorisation de transport

J'autorise l'USSPA Handball, à transporter mon enfant pour les activités du club :
dans le véhicule d'un tiers, soit licencié à la FFHB, soit assuré pour le transport des personnes.

Fait à ..... le .....
Signature du/des parents : (Précédée de la mention « Lu et approuvé, bon pour accord »)