



NOM:

Prénom:

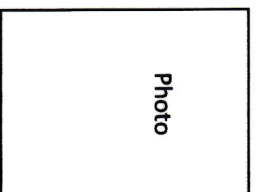
Date de naissance:

Adresse:

Code postal: Ville:

Téléphone: Portable:

Mai:



Dans le cadre exclusif d'articles de presse, d'affichage ou du site internet du club, des photographies et/ou vidéos prises lors de stages ou de cours d'aikido pourront être utilisées.
Conformément à la loi, merci de remplir l'autorisation ci-après. Cette autorisation n'a aucun caractère définitif, tout signataire gardant un droit de retrait sur chaque photo le concernant.

Je soussigné(e)
responsable légal de l'enfant

autorise / n'autorise pas

la diffusion par voie de presse, d'affichage ou sur le site internet du club

de mon image / de l'image de mon enfant

(rayer les mentions inutiles)

Fait à Signature:

Le



AUTORISATION D'INTERVENTION

Je soussigné(e)

autorise l'Aikido Club de Saujon à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, y compris une hospitalisation,

pour moi même / pour mon enfant

(rayer la mention inutile)

Date de naissance:

Adresse:

Code postal : Ville:

Signature:

En cas d'urgence, prévenir:

Nom Prénom:

Téléphone:

Nom Prénom:

Téléphone:

Nom du médecin:

Ville: Téléphone:

Observations particulières :

.....