



## Association Sportive VerSau

Association Déclarée à la Préfecture de l'Isère le 15 juin 2005 sous le numéro : 030381033035

Agrément Jeunesse et Sport sous numéro : 38 06 014 F.F.F N° 552124

Téléphone Secrétariat Saint Vérand: 04 76 38 08 08

Nom du Licencié : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél Fixe ou Port. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### Pour les licenciés majeurs

#### Autorisation pour la diffusion d'image

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Autorise

N'autorise pas

Le Club de l'AS VerSau à diffuser mon image\*



### Pour les licenciés mineurs

Nom /prénom mère : \_\_\_\_\_ Nom /prénom père : \_\_\_\_\_

Adresse si différente : \_\_\_\_\_

Port.mère /Port.père : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

#### Autorisation parentale pour la diffusion d'image d'un mineur

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Autorise

N'autorise pas

Le Club de l'AS VerSau à diffuser l'image\* de l'enfant : nom et prénom \_\_\_\_\_

\*Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit de libre accès, de rectification, de modification et de suppressions des données qui vous concernent. Pour toute réclamation vous pouvez adresser un courrier avec vos références à l'adresse : Restaurant le Salvérien, 2 rue des géraniums 38160 Saint Sauveur ou par mail [asversau@asversau.com](mailto:asversau@asversau.com)

#### Autorisation de sortie et de déplacements en voiture

- A rentrer seul(e) du stade après son entrainement Oui  Non
  - A monter dans le véhicule d'un autre accompagnateur pour tous les déplacements en voiture organisés par le Club de l'AS VerSau Oui  Non
- (Sans autorisation de votre part vous vous engagez à accompagner votre enfant lors de chaque déplacement, à défaut il ne pourra pas participer aux matchs)





## Association Sportive VerSau

Association Déclarée à la Préfecture de l'Isère le 15 juin 2005 sous le numéro : 030381033035

Agrément Jeunesse et Sport sous numéro : 38 06 014 F.F.F N° 552124

Téléphone Secrétariat Saint Vêrand: 04 76 38 08 08

### Autorisation parentale d'intervention médicale ou chirurgicale

Je soussigné(e): \_\_\_\_\_

En qualité de représentant légal de l'enfant mineur : nom/prénom \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale qui couvre l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorise l'éducateur ou le dirigeant responsable à faire intervenir :

- Un praticien pour tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement de diagnostic, et toute intervention médicale ou chirurgicale, y compris avec phase d'anesthésie-réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

- Si l'état de mon enfant ne justifie pas le transfert par les pompiers ou le SAMU, j'autorise son transfert à mes frais par une ambulance si je ne peux pas aller le chercher moi-même.

Remarques particulières sur la santé de votre enfant (port de lunettes, allergies, maladie chronique, autre, ...) :

\_\_\_\_\_

### Paielements acceptés à déduire du montant total de la cotisation

Carte MRA (valeur 30 Euros) acceptée      Numéro Carte MR'A : \_\_\_\_\_

Nom/Prénom du détenteur : \_\_\_\_\_

Date de naissance du détenteur : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Chèque jeunes acceptés (valeur 15 euros)
- Chèques vacances acceptés
- Chèques ANCV acceptés
- Coupons sports ANCV acceptés
- Famille nombreuse : inscription du 1<sup>er</sup> enfant dans la catégorie la plus haute et demi-tarif pour les autres enfants
- Paiement en plusieurs fois accepté

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature(s)