



Office des Sports Secteur de Bain de Bretagne

ANIMATIONS ADOLESCENTS

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

@

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

.....

Lien de parenté

.....

Veillez cocher les réponses ci-dessous : J'AUTORISE – JE N'AUTORISE PAS (1)

- . mon enfant à participer aux activités sportives organisées par l'OCAS Bain
- . les organisateurs à transporter mon enfant sur les lieux d'activités
- . que les organisateurs prennent toute mesure d'urgence concernant mon (mes) enfant (s) en cas d'accident y compris l'hospitalisation

N° sécurité sociale :

Mutuelle & n° adhérent :

Médecin traitant : Dr

adresse :

N° tel :

- . que notre enfant soit photographié (e) et/ou filmé (e) lors de sa participation à l'école multisports et/ou lors du (des) regroupement (s) de ces écoles, que son image soit reproduite sur support papier ou numérique, en association avec tout document d'information élaboré à des fins NON COMMERCIALES.
- . que son image soit conservée sur CD Rom ou autre support électronique et utilisée pendant une durée illimitée, uniquement pour utilisation dans un but pédagogique et/ou information, sachant que vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification.
- . nous renonçons par la présente à solliciter une quelconque compensation, à quelque titre que ce soit, pour la participation de notre enfant à la prise de vue et à sa diffusion.

A : Le :

Signature et mention « lu et approuvé »

(1) Rayer la mention