

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS



AUTORISATIONS  
MEDICAL  
IDENTITE

Prénom :

Nom :

Date de naissance : / / 20

Tel 1 :

Tel 2 :

Adresse :

Adresse mail : @

Médecin traitant :

Ville :

N° TEL :

N° Sécurité Sociale:

Nom de votre mutuelle :

N° Adhérent mutuelle :

- mon enfant à participer aux activités sportives organisées par l'OCAS Bain :  
**J'AUTORISE – JE N'AUTORISE PAS (1)**
- Les organisateurs à transporter mon enfant sur les lieux d'activités : **J'AUTORISE – JE N'AUTORISE PAS (1)**
- les organisateurs prennent toute mesure d'urgence concernant mon (mes) enfant (s) en cas d'accident y compris l'hospitalisation : **J'AUTORISE – JE N'AUTORISE PAS (1)**
- que notre enfant cité ci-dessus soit photographié (e) et/ou filmé (e) lors de sa participation aux animations, 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. : **J'AUTORISE – JE N'AUTORISE PAS (1)**
- Mon enfant rentre seul - Mon enfant ne rentre pas seul : **J'AUTORISE – JE N'AUTORISE PAS (1)**

(1) rayer les mentions inutiles

DATE :

Fait à :

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »

signature