

FORMULAIRE SPÉCIFIQUE PAMIER ROLLER HOCKEY ~ SAISON 2023/2024

NOM :

Prénom :

Âge :

Droit à l'image

Je soussigné(e), **autorise / n'autorise pas** l'association Pamiers Roller Hockey, aux fins exclusives de promotion de ses activités et à des fins non commerciales (entourer et barrer pour l'autorisation ou non et cocher les cases suivantes) :

à me photographier, me filmer et à utiliser mon image sur ses supports de communication

à photographier, filmer et à utiliser l'image sur ses supports de communication de mon enfant mineur dont le nom est :

Je reconnais que cette cession de droit est effectuée à titre gratuit et valable pour une durée illimitée.

Date et signature du licencié (ou s'il est mineur de son représentant légal)

Date : **Signature :**

Règlement

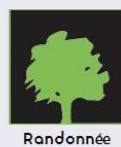
En vous inscrivant ou en vous réinscrivant, vous vous engagez à :

- Respecter les règles morales, sportives et comportementales nécessaires au bon fonctionnement du club et à tout faire pour intégrer les nouveaux membres.
- Respecter les consignes et directives de vos dirigeants et entraîneurs.
- Respecter la salle qui vous accueille et le matériel mis à votre disposition par le club.
- Respecter tous les bénévoles qui consacrent du temps pour vous, et essayer à votre tour d'apporter votre contribution personnelle.

Vous devez être conscient que le non-respect de ces quelques règles vous expose à une exclusion du club, sans remboursement des cotisations versées.

« Lu et approuvé », date et signature

Date : **Mention et Signature :**



NE CONCERNE QUE LES MINEURS

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SURVENANT A UN LICENCIÉ MINEUR

Joueur mineur : NOM : PRENOM : CLUB :

Date de naissance :

Adresse :

En cas d'accident, en fonction des soins nécessaires, le responsable du club vous préviendra le plus rapidement possible et fera appel soit :

- à votre Médecin Traitant
- au SAMU (Tél : 15 ou 112)

Pour cela merci de préciser les renseignements suivants :

- Numéros de téléphone où vous pouvez être joint rapidement :

PÈRE : Tél : MÈRE : Tél : Responsable légal : Tél :

- Numéro de téléphone de voisin ou ami ou famille :

NOM : Tél :

Médecin traitant : Docteur Tél :

Allergies de l'enfant :

Établissement de soins choisi * :

HÔPITAL

CLINIQUE

* Ce choix sera bien sûr respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de l'enfant ou de l'adolescent.

Je soussigné :

Madame

Monsieur

Autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire

Autorise le Responsable du Club :

- à demander l'admission en établissement de soins
- à reprendre l'enfant à sa sortie uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents.

Date Signature du Père, de la Mère ou du Responsable légal

FICHE INDISPENSABLE POUR TOUTE ADMISSION DANS L'ETABLISSEMENT DE SOINS