



Informations Enfant /Parents

Information Licencié(e)

Nom : Prénom :

Date de Naissance :/...../..... Lieu de Naissance.....

Adresse :

.....

CP : Ville :

Tel Domicile : Tel Portable :

Adresse Mail :

Contre-indications médicamenteuses/Allergies :

.....

.....

.....

NOM, Prénom Père/Mère/Tuteur Légal :

Tel Domicile : Tel Portable :

Profession :

Adresse Mail :

2ème responsable, Nom prénom :

Profession :

Tel Portable :

Email :



Autorisations

Je soussigné....., père/mère/tuteur légal de
l'enfant

o Autorise le club à utiliser l'image de mon enfant sur l'ensemble des médias du club :
OUI NON

o Autorise mon enfant à pratiquer le handball à l'entraînement et en compétition :
OUI NON

o Autorise les accompagnateurs et dirigeants du Beaune Handball à transporter mon
enfant dans leur véhicule personnel pour les déplacements de l'équipe :
OUI NON

o Autorise le responsable à prendre sur un avis médical, en cas de maladie ou d'acci-
dent de l'enfant, toute mesure d'urgence. Tant médicale que chirurgicale, y compris
éventuellement l'hospitalisation ainsi que la sortie après examen et/ou réalisation
des soins. Je m'engage à rembourser les frais engagés par le club, sur présentation
des justificatifs.
OUI NON

Fait-le..... A.....

Signature précédée de la mention « **Lu et Approuvé** »