

Autorisation Parentale

Objet : Regroupement 2005 Filles du 24 mars 2019

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

CLUB :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Email responsable légal :

Taille :

Poste :

Droitier / Gaucher

Je, soussigné(e), (1) _____

responsable du (de la) jeune (1) _____

- ◆ autorise le responsable du regroupement/stage, à prendre, en cas de maladie ou d'accident du/de le/la jeune précité(e), toute mesure d'urgence, tant médicale que chirurgicale, y compris éventuellement l'hospitalisation.
- ◆ Autorise le/la jeune précité(e)
 - . À participer à toutes les activités organisées pendant le regroupement/stage.
 - . A voyager seul(e) pour rejoindre le groupe ou le quitter suivant les instructions données.
- ◆ Autorise la FFHB, la LIGUE ou le COMITE à utiliser des prises de vue réalisées à l'occasion de ce regroupement/stage et présentant au moins 3 licenciés identifiables. Cette utilisation ne pourra intervenir que dans le cadre de la promotion et du développement du handball.

Confirmez éventuellement votre refus que l'image du/de le/la jeune précité(e) soit utilisée dans le cadre précisé ci-dessus, en cochant cette case

Fait à _____

, le

2019

Signature

(1) nom, prénom

A RENDRE LE JOUR MÊME SUR LE LIEU ET AU DEBUT DU RASSEMBLEMENT