



FICHE RENSEIGNEMENTS JOUEURS

STAGE PELOTE BASQUE

INTITULE DU STAGE

RENSEIGNEMENTS du JOUEUR(SE)

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE CLUB

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

M.

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TEL PORTABLE père – mère – tuteur*

AUTORISATION DE SOINS

Pour le joueur(se) : Nom Prénom

J'autorise le Comité des Landes de Pelote, par son délégué présent sur place, s'il n'a pas pu me contacter, à prendre toutes décisions nécessaires en cas de maladie(s), blessure(s), ou d'accident(s) survenus pendant l'activité sportive (entraînement, match, transport). Je donne également mon accord au médecin responsable pour pratiquer toute intervention ou soin qui s'avérerait indispensable, y compris l'hospitalisation.

Médecin traitant : Nom :

Informations médicales pouvant être communiquées : (Contre-indications, traitements, antécédents, allergies...)

AUTORISATION PARENTALE SUR LA LIBRE UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE MINEURE

Je soussigné (e)

Père * / Mère * / Tuteur * du joueur(se)

Nom : Prénom :

Autorise * l'utilisation de l'image de mon enfant, sans limitation de durée, ni autres formalités préalables

N'autorise pas * l'utilisation de l'image de mon enfant.

Fait à :

Le :

Signatures :

* Rayer la ou les mentions inutiles.