



FICHE SANITAIRE SAISON 2018-2019

Nom, Prénom du patineur

Nom, prénom du PERE :

Téléphone :

Nom, prénom de la MERE :

Téléphone :

Personnes à contacter en cas d'urgence autres que les parents :

Nom, prénom, qualité :

Téléphone :

Nom, prénom, qualité :

Téléphone :

Problèmes de santé (Hémophilie, Spasmophilie, Tétanie, Asthme, Etc...)

Allergies :

Allergies médicamenteuse :

Autres :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M ou Mme

Représentant légal de l'enfant

Autorise les responsables du club Olympique de Patinage Nîmois, ou le professeur à prendre en cas d'accident, toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde de mon enfant, y compris le faire conduire dans le Centre Hospitalier, ou la Clinique la plus proche.

Fait à :

le :

Signature du représentant légal :

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Autorise - N'autorise pas (rayer la mention inutile) le personnel et /ou les membres du Conseil d' Administration du Club Olympique de Patinage Nîmois à photographier, filmer, pendant la saison le patineur mentionné ci-dessus

Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement par le personnel et / ou les membres du Conseil d' Administration du Club Olympique de Patinage Nîmois, ou être cédées à des tiers, sous toutes formes, et tous supports connus, dans le monde entier, pendant la durée de protection des droits de propriété intellectuelle, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, carte postale, exposition, publicité, projection publique, concours, site Internet, pages web, flyers, etc...

Fait à :

le :

Signature du représentant légal :