



Saison 2018-2019

Autorisation de soins

Pour le licencié : Nom, Prénomné(e) le/...../

J'autorise l'U.S SAINT-GILLES section Course à Pied par son représentant délégué présent sur place, s'il n'a pas pu me contacter, à prendre toutes décisions nécessaires en cas de maladie, blessure (s), ou d'accident(s) survenus pendant l'activité sportive (entraînement, compétition, transport).

Je donne également mon accord au médecin responsable pour pratiquer toute intervention ou soin qui s'avérerait indispensable y compris l'hospitalisation.

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

- 1. Nom : Qualité : tel :
- 2. Nom : Qualité : tel :
- 3. Nom : Qualité : tel:.....

Médecin traitant :

Informations médicales pouvant être communiquées (contre-indication, traitement, antécédents, allergies...)

Autorisation de transport des mineurs

Je soussigné
responsable légal de l'enfant

.....autorise ma fille, mon fils à effectuer les trajets lié à son activité sportive au sein de la section course à pied de l'US SAINT-GILLES dans tout véhicule, qu'il soit conduit par une personne opérant à titre de bénévole ou à titre de transporteur professionnel .

Attestation droit à l'image

Je soussigné :.....,
responsable légal de l'enfant :,
donne mon accord pour que mon enfant soit pris en photo lors d'entraînements ou de manifestations organisé par la section course à pied de l'US Saint-Gilles dans le cadre de ses activités.

Fait à Le/...../.....
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Signatures :

Licencié.

Père / Tuteur

Mère / Tutrice.