

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Médecin traitant :

NOM/Prénom

Adresse

Code postal /Ville



.....

Sécurité Sociale :

N°

Mutuelle :

Nom

N°

Responsabilité civile :

Compagnie d'assurances.....

N° de police

AUTORISATIONS

J'autorise à être photographié et publié sur tous les supports de communication de la ville de Vias

Je n'autorise pas à être photographié et publié sur tous les supports de communication de la ville de Vias

Je, soussigné(e)M., Mme.....

autorise les animateurs sportifs municipaux à faire donner (en cas d'absence des trois personnes à joindre en cas d'urgence) les soins urgents qu'il jugera utiles après avis médical.

J'autorise donc la direction à faire intervenir un médecin, à faire appel aux services d'urgence, à hospitaliser et à faire pratiquer une anesthésie générale si le cas le nécessite.

Je m'engage à respecter le règlement intérieur, les consignes et décisions des éducateurs ainsi que les horaires du club omnisports.

Fait à Vias le

NOM/Prénom

Signature