



Office des Sports Secteur de Bain de Bretagne

Ecoles multisports

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

@

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

.....

Lien de parenté

.....

Je vérifie la présence de l'éducateur avant de déposer mon (mes) enfant (s) à la salle des sports

J'autorise (1)

-

Je n'autorise pas (1)

. mon enfant à participer aux activités sportives organisées par l'OCAS Bain

. que le responsable prenne toute mesure d'urgence concernant mon (mes) enfant (s) en cas d'accident

N° sécurité sociale

Médecin traitant : Dr adresse :

N° tel :

. que notre enfant soit photographié (e) et/ou filmé (e) lors de sa participation à l'école multisports et/ou lors du (des) regroupement (s) de ces écoles.

. que son image soit reproduite sur support papier ou numérique, en association avec tout document d'information élaboré à des fins NON COMMERCIALES.

. que son image soit conservée sur CD Rom ou autre support électronique et utilisée pendant une durée illimitée, uniquement pour utilisation dans un but pédagogique et/ou information, sachant que vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification.

Nous renonçons par la présente à solliciter une quelconque compensation, à quelque titre que ce soit, pour la participation de notre enfant à la prise de vue et à sa diffusion.

Mon enfant peut rentrer seul (1)

Mon enfant ne rentre pas seul (1)

A : Le :

Signature et mention « lu et approuvé »

(1) rayer la mention inutile