

NOM :
PRENOM :



Saison 2024/2025

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné.....père, mère, tuteur, représentant légal (1)
autorise (2)

- A assister aux rencontres de l'USAP.
- Autorise les supports photographiques sur le site de l'USAP et autre média. *

Fait à Le.....

Signature du représentant légal

(1) Rayez les mentions inutiles.

(2) Nom et prénom de l'adhérent

En cas d'accident, la SASP USAP s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins deux numéros de téléphone où nous pouvons vous joindre :

1) N° de portable :

2) N° de téléphone de domicile :

En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade sera pris en charge par le médecin et la Croix Blanche présents lors des matchs à Aimé Giral. Ils seront orientés ou transportés (si besoin) par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie.

** toute personne assistant à la manifestation reconnaît avoir donné son consentement irrévocable à l'utilisation par l'organisateur, à titre gratuit, de sa voix ou de son image, en direct ou après enregistrement sur les écrans du site, à la télévision, sur support photographique ou dans tout autre média existant ou à voir.*