



AUTORISATION PARENTALE ASSURANCE et DROIT à L'IMAGE

A remplir par le responsable de l'enfant pour les mineurs

NOM (du responsable) _____ Prénom _____

Je soussigné(e), père, mère, tuteur de _____

Né(e) le _____ qui sera en stage

du _____ au _____.

Je déclare que mon enfant répond aux conditions de santé exigées.

Je m'engage à fournir par retour de mail :

1. La fiche sanitaire
2. Autorisation de droits à l'image

J'autorise le responsable du stage à lui faire donner tous les soins, traitements médicaux ou hospitalisations rendus nécessaires.

Je m'engage à assurer le remboursement des frais avancés.

J'autorise Beaumarchais Basket Lyon Métropole à utiliser les vidéos et photos prises au cours du stage pour tout document visant la promotion du basket.

Je m'engage à ne pas demander de droit à l'image à titre individuel.

Date et signature

Ecrire la mention « lu et approuvé »