

SELF DEFENSE SYSTEM 73 - SAISON 2023/2024
AUTORISATIONS SPECIALES RELATIVES AUX MINEURS
EN COMPLEMENT DE LA FICHE D'INSCRIPTION

IDENTITES DU OU DES RESPONSABLE(S) (REPRESENTANT LEGAL)

Nom : Prénom :
Adresse :
CP Ville
Téléphone : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ E-mail :@

En cas de doubles coordonnées :

Nom : Prénom :
Adresse :
CP Ville :
Téléphone : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ Portable : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _
E-mail :@

Indiquer le n° de portable qui est susceptible de répondre :

N° Sécurité Sociale : _ _ . _ _ . _ _ _ _ _

J'autorise le mineur : Nom : Prénom :
né(e)le :

à pratiquer la Self défense KRAV MAGA (FFKDA) et suivre les cours de l'association **Self Défense System 73** durant la saison 2023/2024

INFORMATIONS

- J'autorise les responsables de la SDS73 à transporter le mineur lors des stages, ou représentations
Oui Non
- J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur de la SDS73.
- En cas d'urgence, les responsables de la SDS73 sont astreints de faire transporter le mineur par les moyens de secours publics auprès de l'établissement suivant : Hôpital de Chambéry
 Médipôle

=> J'autorise, je n'autorise pas, l'association **Self Défense System 73** à utiliser l'image de mon enfant pour sa promotion à travers son site Internet, réseaux sociaux et journaux **(Rayer la mention inutile)**

Je m'engage à la prise en charge de mon enfant jusqu'à la salle de cours et vice versa :
Gymnase de Voglans - Rue Centrale - 73420 Voglans

OBSERVATIONS - ALLERGIES

.....
.....

Certificat médical obligatoire

AUTORISATION DE TRANSPORT ET D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE D'URGENCE

Autorisation par le parent/représentant légal si le candidat est mineur

Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorité légale de signer cette autorisation en son nom.

Je soussigné(e) autorise le transfert à l'hôpital ou à la clinique du mineur pour que puisse être pratiqué en cas d'urgence toute intervention, y compris une anesthésie générale :



Cocher l'établissement choisi : Hôpital de Chambéry

Médipôle

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Autorisation par le parent/représentant légal si le candidat est mineur

Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorité légale de signer cette autorisation en son nom.

Nom du représentant légal :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date :

**Signature du parent/représentant légal
précédée de la mention « Lu et approuvé »**