



Informations complémentaires pour l'adhésion d'un mineur

Saison 2026/2027

ADHERENT(E)

NOM : PRENOM :

Activité(s):

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : PRENOM :

LIEN DE PARENTE :

TELEPHONE :

DROIT A L'IMAGE & PROTECTION DES DONNEES

Je soussigné-e Madame/Monsieur

☐

Autorise

☐

N'autorise pas

l'association Sport Santé Genillé et ses représentants à **photographier ou filmer mon enfant** à l'occasion des séances de cours/stages/spectacles et autres événements organisés par l'association, ceci en vue de promouvoir ses activités.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en sera faite : articles de presses, affiches, photos, site internet de l'Association, réseaux sociaux (Facebook, Instagram, You Tube) réservés dans le cadre unique de l'Association Sport Santé Genillé.

Date :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné-e Madame/Monsieur

Autorise

☐

N'autorise pas

☐

L'enfant désigné ci-dessous à **rentrer seul** après l'activité au sein de l'Association Sport Santé Genillé.

Noms des personnes autorisées à venir récupérer le ou les enfants :

Nom/Prénom : Téléphone :

Nom/Prénom : Téléphone :

Nom/Prénom : Téléphone :

Date :

Signature :