



# FICHE DE LIAISON

## JOUEUR

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° téléphone portable : ..... Mail : .....

## RESPONSABLE LEGAL

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Profession : ..... Employeur : .....

### **Et/ou**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Profession : ..... Employeur : .....

- autorise(nt) le responsable de l'ASBRezé Handball présent à faire pratiquer les soins d'urgence, en cas d'accident, à mon enfant.
- autorise(nt) le club de l'ASBRezé Handball à effectuer des prises de son et de vues de mon enfant dans le cadre de l'activité Handball et à diffuser tout ou partie des enregistrements vidéo et sonores réalisés ainsi que le(s) film(s), vidéogramme(s), photographie(s) ou produit multimédia qui en seraient issus.

Fait à ..... le .....

Signature :