



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 :