FICHE DE LIAISON

JOUEUR / JOUEUSE

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.

oui ☐ non ☐

- 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.

oui ☐ non ☐

Fait à ..... le .....

Signature :

Siège social : 2 impasse des trois moulins 44400 Rezé ☎ / 🖷 02 51 11 04 34
Courriel : asbreze@handball-44.fr Site : www.asbreze-handball.com