

KARATE ENFANTS / ADOS

TAIKI CLUB



87, rue de Vaugirard 75006 Paris

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DATE DE NAISSANCE

/ /

NOM

PRENOM :

NOM des parents si différents :

Téléphone :

Adresse :

.....

.EMAIL:

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER LES ENFANTS

JE SOUSSIGNE(E).....

PÈRE, MÈRE DE

AUTORISE LA OU LES PERSONNES SUIVANTES A VENIR CHERCHER MON/MES ENFANT(S) A LA SORTIE DES COURS DE KARATE

.....

.....

.....

.....

DATE

SIGNATURE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur

Certifie que

Né(e) le

Ne présente aucune contre-indication:

-Pour la pratique du Karate

-À la participation aux:

-compétitions /stages

Date, signature et cachet

(1) Rayer les mentions inutiles

AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné

Autorise mon fils, ma fille.....

À pratiquer le karaté

À participer aux - Compétitions / stages

Date et signature

AUTORISATION PARENTALE POUR L'UTILISATION DE L'IMAGE D'UN ENFANT MINEUR

Dans le cadre de notre club de karaté : TAIKI CLUB, des photos/vidéos de votre enfant peuvent être utilisées en vue de promouvoir notre activité.

Nous sollicitons donc votre autorisation.

Je soussigné(e)

Agissant en qualité de

Déclare sur l'honneur :

- avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard du mineur considéré
- être investi du droit de garde ou de la tutelle à l'égard du mineur considéré

- J'autorise le TAIKI CLUB à utiliser l'image, la vidéo de mon enfant pour promouvoir ses activités dans le cadre de ses locaux.
- J'autorise le TAIKI CLUB à utiliser l'image, la vidéo de mon enfant en dehors de ses locaux, soit :
- sur le site du TAIKI CLUB ;
 - sur les journaux, prospectus, flyers ayant pour but de promouvoir le TAIKI CLUB.
- Je n'autorise pas le TAIKI CLUB à utiliser l'image/la vidéo de mon enfant

A

Le :

Signature :