



Maison des sports
109 bis Av. P. de Coubertin
530010 Laval
☎ 06 41 12 26 67
cde53.bad@gmail.com

**AUTORISATION DE TRANSPORT
ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE
SAISON 2024/2025**

Stages et Compétitions Jeunes Comité Départemental Badminton Mayenne

NOM du joueur : Prénom :

N° S S:.....

Je soussigné(e) agissant en qualité de représentant légal(e), autorise le transport du joueur mineur désigné ci-dessus par des responsables du club ou par des parents accompagnateurs pour participer à **ces stages & compétitions Jeunes** avec le Comité Départemental Badminton Mayenne.

Je soussigné(e) agissant en qualité de représentant légal(e), autorise le responsable du déplacement ou du groupe participant aux **Stages & compétitions (calendrier joint)** avec le Comité Départemental Badminton Mayenne, à prendre en cas de maladie ou d'accident du joueur mineur désigné ci-dessus, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales.

En cas d'urgence, le joueur accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. Un jeune mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagner de sa famille.

Allergies connues :

Autres remarques :
(Information jugée nécessaire pour prévenir l'encadrement)

A, le

SIGNATURE:

AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIE(S) :

Droit à L'image

(Pour une personne mineure)

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

AGISSANT EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT LÉGAL DU OU DES ENFANTS :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

AUTORISE :

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le (les) représentant.
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient, entreprises dans le cadre de compétition ou autres, et sur quelque support que ce soit.

Fait à :Le

(Signature)¹

¹ Signature précédée de la mention manuscrite « Bon pour accord ».

Représentant légal

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

MAIL :

Portable :

Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

MAIL :

Portable :