

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

Téléphone :....

MAIL:....

Portable :.....

AUTORISATION DE TRANSPORT ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE SAISON 2025/2026

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)	
Allergies connues :	
Autres remarques :(Information jugée nécessaire pour prévenir l'encadrement)	
A, le	
SIGNATURE:	
Représentant légal	Médecin traitant
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :

Téléphone :....

Portable :....

MAIL:....

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