



SAISON 2023-2024

Savenay Malville Prinquiau F.C. Mairie, Place de l'Hôtel de Ville 44260 SAVENAY Identification R.N.A. : **W443002765** - N° affiliation F.F.F. : **580575** - SIRET : **800 392 953 0001**

Je soussigné(e) (nom, prénom)
Représentant légal : Père / Mère / Tuteur légal

IDENTITE LICENCIE(E)
NOM : Sexe : M / F
PRENOM :
Né(e) le : / /

CATEGORIE
.....

ENTRAINEMENT
Je décide de retenir la solution suivante :
A – Mon enfant sera accompagné à l’entraînement et remis en main propre au responsable de la séance. **Il ne pourra pas quitter seul les lieux en fin de séance.** Je prends acte de signer le document d’arrivée et de départ de l’entraînement auprès des Educateurs présents.
B – Mon enfant se rendra et pourra quitter seul la séance d’entraînement et je décharge le SAVENAY-MALVILLE-PRINQUIAU FC si un incident ou un accident survenait entre son domicile et le stade (aller/retour).
De ce fait, j’autorise mon enfant à signer le document d’arrivée et de départ de l’entraînement auprès des Educateurs présents.

RENONCIATION AU DROIT A L'IMAGE
J'autorise / Je n'autorise pas
- le SAVENAY-MALVILLE-PRINQUIAU FC et ses représentants ainsi que toute personne agissant avec la permission de SAVENAY-MALVILLE-PRINQUIAU FC (y compris toute agence publiant ou distribuant le produit fini), la permission irrévocable de publier toutes les photographies ou les images que vous aurez prises de moi et/ou de mon enfant.
- le SAVENAY-MALVILLE-PRINQUIAU FC ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission en ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

TRANSPORT
Donne l’autorisation au SAVENAY-MALVILLE-PRINQUIAU FC de transporter mon enfant licencié(e) au club, par tous les moyens convenus pour répondre aux besoins des différentes compétitions et rencontres de championnat, amicales et sportives.

MEDICAL
Donne pouvoir aux responsables du SAVENAY-MALVILLE-PRINQUIAU FC pour prendre en mon nom toutes les dispositions et décisions qu’ils jugeront utiles en cas d’urgence : soins, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale et sortie d’hospitalisation.

RENSEIGNEMENTS
Adresse :
.....
.....
Personne(s) à prévenir en cas de besoin :
..... Tél :
..... Tél :
..... Tél :
Numéro de sécurité sociale :
Autres indications pouvant être utiles pour la santé de votre enfant (allergie, contre-indication, ...) :
.....
.....

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document sont exactes
Fait à Le / /
Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »
Signature