**STAGE 11 AU 15 JUILLET**

**STAGE JUILLET**

[](https://www.google.fr/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.toutle05.fr%2Fitem%2Fles-rapaces-de-gap%2F&psig=AOvVaw2XKLguVenK5QVFvjckcKrF&ust=1582219065334000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCLCqgb6P3ucCFQAAAAAdAAAAABAI)

**2022**

**Droit à l’image (Pour les mineurs)**

Je soussigné :

Responsable légal de l'enfant :

Autorise « Le Club des Rapaces de Gap » à utiliser, dans les différents supports de communication (journal, site Internet, réseaux sociaux, publications, affiches, reportages, flyers,…) des photos et vidéos de mon enfant prises au cours des activités.

Fait à ……………….. le ………………… Signature :

**Décharge Transport (Mineur)**

Je soussigné :

Responsable légal de l'enfant :

Autorise « Le Club des Rapaces de Gap », représenté par ses dirigeants, à transporter ou faire transporter mon enfant dans le cadre de la pratique de son activité.

Fait à ……………….. le ………………… Signature :

**Attestation de décharge parentale**

Je soussigné(e), ………….…………………………………..……, Père, Mère, Tuteur (\*), demeurant ……………..…… ………………………………………………………………………………..……………………………………….. autorise les dirigeants du club à faire pratiquer sur la personne de mon enfant …….…………………..………………………………………… toute intervention chirurgicale, anesthésie ou soins médicaux qui, en cas d’urgence, apparaîtrait nécessaire au cours du stage de juillet des Rapaces de Gap.

\* Rayer les mentions inutiles

Fait à ……………………. le …………………

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

**STAGE 11 AU 15 JUILLET**

**STAGE JUILLET**

[](https://www.google.fr/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.toutle05.fr%2Fitem%2Fles-rapaces-de-gap%2F&psig=AOvVaw2XKLguVenK5QVFvjckcKrF&ust=1582219065334000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCLCqgb6P3ucCFQAAAAAdAAAAABAI)

**2022**

**Prénom  Nom :**

N° Licence :

Date de naissance : Nationalité :

Nom de la caisse SS: N° de Sécurité Sociale :

Nom Mutuelle : N° Adhérent :

Copie des pièces à joindre : 🞎 Attestation carte Vitale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :** | |  |  |
| Groupe Sanguin | Poids | Taille | Lunettes  oui  non |
|  |  |  | Lentilles pour jouer  oui  non |
| Allergies : | | | |
| Précautions Autres / Traitement médical / Informations importantes à signaler : | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personnes à contacter en cas d'urgence** | |  |  |
| Nom | Fixe | Mobile | Lien de parenté |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |