HANDBALL CLUB BARPAIS

AUTORISATIONS PARENTALES 2023-2024

(A remettre à l'entraineur ou à la personne chargée des licences)

Je soussigné, Madame, Monsieur....., agissant en qualité de mère/ père/ tuteur/ tutrice, responsable de l'enfant....., autorise :

❑ Ce dernier à participer aux activités, entraînements et matchs, proposés par le Hand Ball Club Barpais durant la saison sportive avec une tenue adaptée.

❑ Mon enfant à venir/repartir seul du gymnase, pour son créneau d'entrainement/match.

❑ Le club, l'entraineur, (voire un autre parent) de mon enfant à transporter celui-ci pour aller au match, afin de mutualiser les véhicules.

❑ Le club, l'entraineur de mon enfant à prendre mon enfant à la sortie de l'école pour assister à son entrainement.

❑L'équipe d'encadrement et les dirigeants du Hand Ball Club Barpais à le prendre en photo, en situation de jeu de Handball et/ou présentant plus de 3 licenciés identifiables.

❑Les dirigeants du Hand Ball Club Barpais à utiliser ces photos dans le cadre d'opérations de promotions du Hand Ball et/ou du club HBC Le Barp (Calendrier, Site Web, …).

Je souhaite manifester mon soutien au club de mon enfant par

❑La tenue occasionnelle de la buvette du club

❑La tenue occasionnelle de la table de marque

❑Le sponsoring ou dons : adresse mail pour contact : …….

❑Autres suggestions : ……

Date et Signature, (précédée de la mention «lu et approuvé »).

HANDBALL CLUB BARPAIS

FICHE SANITAIRE 2023-2024

(A remettre à l'entraineur ou à la personne chargée des licences)

Je soussigné, Madame, Monsieur....., agissant en qualité de mère/ père/ tuteur/ tutrice, responsable de l'enfant....., autorise :

❑Le responsable, présent, du club, à prendre, sur avis médical, en cas de maladie, de blessure ou d'accident de l'enfant, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale, y compris éventuellement hospitalisation.

❑Le responsable, présent, du HBC Le Barp, à sortir l'enfant mineur de l'établissement de soins si son état le permet.

Pour faciliter l'inscription de l'enfant lors d'hospitalisation, en cas d'indisponibilité de la part du représentant légal, veuillez, SVP, nous indiquer :

❑Numéro de Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché : ....

❑Numéro de Mutuelle auquel l'enfant est rattaché : ....

<u>Allergies ou remarques médicales concernant l'enfant :</u>

.....

.....

.....