

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e).....

responsable de l'enfant.....

autorise les responsables d'AHC, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, sortie de l'hôpital) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

signature :

AUTORISATION PHOTO

Je soussigné(e)..... autorise expressément, à titre gratuit, le club AHC à reproduire, diffuser, publier et présenter, sans limitation de durée, les photographies de mon enfant mineur.....

Ces photographies, réalisées par le AHC, dans le cadre de ses activités, pourront être exploitées sur les supports suivants : brochures, tracts, journaux, affiches du AHC et site Internet de la ville ou du club. Aucune modification ou altération ne pourra être effectuée par le AHC, qui s'engage à ne pas utiliser les photographies à titre commercial.

Date :

signature :