**AUTORISATION DE SOINS SAISON 2025**

Je soussigné(e) Mr, Mme, ………………………………………………………………………………………………………………………….

Né le  : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

❟Autorise les encadrants, en cas de blessure ou d’accident survenus pendant l’activité sportive, à prendre toutes les mesures nécessaires pour que je sois dirigé et soigné pour les premiers soins vers l’hôpital le plus proche, y compris en compétition par les personnes de l’encadrement et accompagnatrices.

⃝ Autorise les secours, le médecin à pratiquer toute intervention ou soin qui s’avèreraient indispensable, y compris mon hospitalisation.

Personne(s) à prévenir en cas d’Urgence  : (Nom – Prénom – Qualité – Téléphone)

1. Mr, Mme, ………………………………………………….. Téléphone  :
2. Mr, Mme, …………………………………………………... Téléphone  :

Fait à  : Signature du Licencié

Le  :

**AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE SAISON 2025**

Je soussigné(e) Mr, Mme, ………………………………………………………………………………………………………………………….

Né le  : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

⃝ Autorise le Club du Tri Val de Gray à photographier et à utiliser mon image, à mettre les photos prises sur le site internet [www.trivaldegray.com](http://www.trivaldegray.com/) ou [triathlonduvaldegray.com](http://www.triathlonduvaldegray.com/) ou [Page Facebook et Twitter Tri Val de Gray](http://www.facebook.fr/trivaldegray), les journaux ou tout autre support publicitaire du Club

Si je ne le désire pas, il me suffit de cocher la case suivante : ⃝

Le bénéficiaire de l’autorisation s’interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de mon enfant, ni d’utiliser les photographies, objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute utilisation préjudiciable.

Fait à  : Signature du Licencié,

Le  :

