



AUTORISATION PARENTALE

PARENT 1

Je, soussigné(e).....

Demeurant.....

dispose seul(e) de l'autorité parentale.

PARENT 2

Je, soussigné(e).....

Demeurant.....

titulaires de l'autorité parentale sur l'Enfant :

Prénom.....

Nom.....

Né(e), le :

Déclare(ons) autoriser celui-ci à participer à toutes les activités dans le cadre du stage de handball mis en place par le SLAM VHB et reconnais(sons) avoir pris connaissance du programme, conditions de participation et conditions générales (règlement, annulation...) que je(nous) accepte(ons) sans réserve.

Déclare(ons) accepter que le SLAM VHB procède éventuellement, à titre gracieux, à l'enregistrement vidéo et/ou à la prise de photographies de mon(notre) enfant lors de son stage.

Déclare(ons) autoriser l'organisateur à conduire mon(notre) enfant dans un véhicule personnel en cas de besoin médical et dégage(ons) l'organisateur de toute responsabilité.

Déclare(ons) autoriser l'organisateur à donner en mon(notre) lieu et ma(notre) place – au cas où je(nous) ne pourrais(ions) être joint(s) -, toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où mon(notre) enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Je(nous) engage(ons) à rembourser sur présentation des justifications les frais médicaux avancés par le SLAM VHB

Je(nous) garantis(sons) être dûment habilité(e) à conclure la présente autorisation en ma(notre) qualité de représentant légal de l'enfant et garantis(sons) au SLAM VHB l'exercice paisible des droits concédés dans ce cadre vis-à-vis de moi-même, de l'enfant et de tout tiers. A ce titre, je(nous) déclare(ons) expressément accepter les conditions de participation de l'enfant au stage et ses conditions prévues par la présente autorisation ainsi que les exploitations visées par la présente autorisation sans qu'aucune démarche ni paiement de la part du SLAM VHB ne soit nécessaire. Je garantis le SLAM VHB contre tout recours et toute réclamation à cet égard et tiens le SLAM VHB quitte et indemne de tous frais (y compris honoraires d'avocat) et pouvant en découler.

Dans le cas où l'enfant ci-dessus mentionné devait être repris en fin de stage par une personne autre que nous-même, je déclare autoriser expressément la personne indiquée ci-dessous à réaliser cet acte :

Nom et prénom.....

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

Tél portable 1.....Tél portable.2.....

Lien avec l'enfant

Date :.....

Signature du PARENT 1

Signature du PARENT 2

Les données personnelles recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement non-informatisé par le SLAM VHB aux fins de gestion des informations utiles relatives à votre enfant lors de son stage. Elles sont destinées à l'organisateur et elles sont conservées uniquement le temps du stage. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à l'organisateur directement.