



Saison 2024/2025 - (Du 1<sup>er</sup> juillet 2024 au 30 juin 2025)



# AUTORISATIONS – SC BEAUCOUZÉ FOOTBALL

Je soussigné, Monsieur et/ou Madame : .....

Parents/Responsable légal de notre fils/fille : .....

Né le : ...../...../..... Catégorie : .....

Adresse : .....

C.P : ..... VILLE : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email des parents 1 : .....@.....

Email des parents 2 : .....@.....

**Cocher la case correspondante pour les autorisations suivantes :**

Autorise	<p>Mon fils/Ma fille à rentrer seul(e) après l’entraînement, les matchs, plateaux, tournois et toutes compétitions du club. Je confirme que mon enfant n’est sous la responsabilité des encadrants du club que pendant sa participation effective aux activités. S’il est prévu que mon enfant rentre avec une tierce personne, je m’engage à prévenir le responsable de l’équipe ou de la catégorie, en lui communiquant, par écrit, le nom et prénom de cette personne. Je certifie qu’aucune indemnité ne sera réclamée au club du SC BEAUCOUZÉ en cas d’accident sur les trajets retours.</p>
N’autorise pas	

Autorise	<p>Le club SC BEAUCOUZÉ à photographier mon fils/ma fille individuellement ou en équipe et à utiliser ces photos à titre gracieux sur divers supports et/ou dossiers tels que plaquettes, calendriers, posters, affiches, internet etc... Je certifie qu’aucune indemnité ne sera réclamée au club SC BEAUCOUZÉ.</p>
N’autorise pas	

Autorise	<p>Le club SC BEAUCOUZÉ à utiliser mon numéro de téléphone et mon adresse e-mail afin de le diffuser aux éducateurs, éducatrices, dirigeant(e)s et aux autres parents pour faciliter la communication au sein du club (planning transport,...). Je certifie qu’aucune indemnité ne sera réclamée au club SC BEAUCOUZÉ.</p>
N’autorise pas	

Autorise	<p>Le club SC BEAUCOUZÉ à faire transporter mon fils/ma fille par les dirigeant(e)s, les éducateurs, les éducatrices, les parents accompagnateurs du club, à l’occasion des matchs, plateaux, tournoi et toutes compétitions du club. Je certifie qu’aucune indemnité ne sera réclamée au club SC BEAUCOUZÉ dans le cadre de ces déplacements.</p>
N’autorise pas	

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur (charte du club), disponible sur le site internet du club et affiché dans le club house, et m’engage à la faire respecter par mon enfant.

En signant ce document, nous confirmons que notre enfant n’est sous la responsabilité des éducateurs du club **SC BEAUCOUZÉ** que pendant sa participation effective aux activités. Nous nous engageons à venir le chercher **dès la fin des entrainements, matchs, plateaux, tournois et toutes compétitions du club** (et dans la limite d’¼ heure maximum), ou de le laisser rentrer seul (si autorisation de sortie).  
Nous déchargeons donc de toute responsabilité les éducateurs/éducatrices du club SC BEAUCOUZÉ de tout incident qui pourrait avoir lieu à partir de ce moment et déclarons renoncer à tout recours à l’encontre des éducateurs et du club SC BEAUCOUZÉ.

Fait à :

Le :

**Signature des parents (père et/ou mère)/tuteur légal, précédée de la mention « lu et approuvé »  
(ou la cocher) "Lu et approuvé"**



Saison 2024/2025 - (Du 1<sup>er</sup> juillet 2024 au 30 juin 2025)

# AUTORISATION D'HOSPITALISATION SC BEAUCOUZE FOOTBALL

Je soussigné, Monsieur et/ou Madame : .....

Adresse : .....

C.P : ..... VILLE : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email des parents 1 : .....@.....

Email des parents 2 : .....@.....

autorise le club SC Beaucouzé, représenté par ses éducateurs/éducatrices et ses dirigeant(e)s, à prendre toutes les dispositions nécessaires pour mon fils/ma fille....., s'il survient un accident lors de des entrainements, des matchs, des plateaux, ou à l'occasion des déplacements de son équipe et si la situation nécessite : des soins, des examens, des investigations, une anesthésie, une hospitalisation voire une opération dans les plus brefs délais.

En cas d'absence (éloignement de la famille), nous autorisons également les dirigeant(e)s ou les éducateurs/éducatrices du club SC Beaucouzé à faire le nécessaire pour que notre fils/fille puisse sortir librement de l'hôpital ou de la clinique après observation ou examens médicaux.

Allergies du joueur/joueuse (si connues) : .....

Groupe sanguin du joueur/joueuse (si connu) : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom et adresse de votre mutuelle :  
(1).....  
.....

Numéro de sociétaire/ou adhérent : .....

**PREVENIR AUSSITOT M. OU MADAME (si différent des parents ci-dessus)**

.....

Téléphone : ..... Domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

Fait à..... Le.....

**Signature des parents (père et/ou mère)/tuteur légal, précédée de la mention « lu et approuvé »  
(ou la cocher)**

(1) Indiquer si vous bénéficiez de la CMU

"Lu et approuvé"