



## SOINS

En cas de nécessité, j'autorise les responsables de la structure ou du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par mon état.

**OUI j'autorise**       **NON je n'autorise pas**

➤ Nom du médecin de famille : .....

Adresse : .....

Etablissement souhaité en cas d'hospitalisation : .....

## PHOTOS/VIDEOS

J'autorise le responsable de la structure à utiliser les photographies et les films, réalisés au cours de la journée, dans le cadre de la communication du club.

**OUI j'autorise**       **NON je n'autorise pas**

---

**Je soussigné(e) ....., certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement et d'organisation de la journée du 09 Juillet et déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches.**

**Fait à ....., le .....      Signature**