

DÉCHARGE MÉDICALE

Nom - Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse postale : _____

Code postal et Ville : _____

 : _____  : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom - Prénom : _____

 : _____

- Je reconnais avoir informé EKWALIS de mes antécédents médicaux concernant **mon enfant et/ou moi-même**, et décharge le club de toutes responsabilités en cas de blessures ou de dommages survenus lors de ma participation à une activité sportive du club.
- J'autorise/ Je n'autorise pas** EKWALIS à me photographier lors de mes présences sur le site.
J'autorise la diffusion à titre gratuit de ces photos dans les supports de communication (flyer, site, réseaux sociaux...)
- J'autorise/Je n'autorise pas** le traitement des données à caractère personnel figurant au dossier ci-joint.

Signature + Date

Cadre réservé au personnel d'EKWALIS

Date et réception du document : _____

Nom de l'agent : _____

Demande traitée le : _____

