**AUTORISATION PARENTALE**

**Saison 2024-2025**

**Je soussigné(e), Mme, Mlle, Mr :**

**Agissant en qualité de : Père Mère tuteur**

**Autorise mon enfant Garçon Fille**

**Nom de l’enfant : Prénom :**

**Né(e) le / /**

**A adhérer au Judo club Arize**

**Je déclare que mon enfant a été reconnu médicalement apte à la pratique du judo (questionnaire + attestation remplis et certificat médical fourni si réponses négatives au questionnaire).**

**J’autorise les responsables du club sportif auquel adhère mon enfant à prendre, en cas d’accident dans la pratique du sport, toutes les décisions d’ordre médical ou chirurgical en mes lieux et places s’il leur est impossible de me joindre en temps voulu.**

**J’autorise mon enfant à participer aux compétitions sachant que le judo et le jujitsu sont des sports de combat.**

**J’autorise la direction du club à prendre des photos et des vidéos de mon enfant dans le cadre d’une compétition et/ou d’un entraînement dans le seul but d’alimenter la photothèque du site internet du club et de publier sur les réseaux sociaux gérés par le club (le club se propose de vous fournir une version électronique de la photo).**

**Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l’objet d’un traitement informatique et sont destinées au secrétariat du judo club de l’Arize.**

**En application des articles 39 et suivants de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à un des membres du bureau du judo club de l’Arize.**

**Date/mention « lu et approuvé » : signature (tuteur légal) :**