



Sports Olympiques de Houilles

AFFILIATIONS : FEDERATIONS FRANCAISES ET FEDERATION SPORTIVE ET GYMNIQUE DU TRAVAIL
ATHLETISME - BASKET-BALL - CYCLOTOURISME - EXPRESSION CORPORELLE/GYM TONIC - FOOTBALL
GYM ENTRETIEN/PILATES/MARCHE NORDIQUE - MUSCULATION - TENNIS DE TABLE - TIR A L'ARC
TRIATHLON - VOLLEY-BALL

2. ----- AUTORISATION PARENTALE -----

Je soussigné, M. Mme autorise son enfant :

NOM de l'enfant: PRENOM :

Né(e) le : Nationalité :

Adresse* :

Code postal : Ville :

Tél (domicile)* : Mobile* : Mobile* :

Email obligatoire* :

En majuscule

Attestation de paiement pour les CE d'entreprise

- A pratiquer l'athlétisme lors des entraînements et des compétitions aux S.O. HOUILLES, pour la saison 2023/2024.
- Le soussigné autorise les entraîneurs ou membres du bureau, lors des entraînements et des compétitions, à prendre toutes dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux ou chirurgicaux, jugés nécessaires par l'état de santé de mon enfant et si besoin, à le sortir de l'hôpital une fois les soins terminés.
- Le soussigné autorise la réalisation de contrôles sanguins sur son enfant dans le cadre de la lutte contre le dopage (conformément à l'article R.232-45 du Code du Sport)
- Le soussigné autorise les membres du bureau, les entraîneurs ou les parents accompagnateurs à prendre en charge, si besoin, son enfant lors des déplacements aux compétitions.
-
- **Le soussigné atteste avoir rempli, avec son enfant, le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur.**
- **Le soussigné est informé que son enfant ne pourra pas assister aux entraînements et compétitions si le dossier d'inscription est incomplet et ne permet pas la prise de licence par le club.**

Dr. Droit à l'image : Le soussigné autorise le Club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du Club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 4 ans et pour la France.

Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978) :

Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le Club ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit de s'opposer au traitement et/ou à la publication de ses données pour des motifs légitimes. A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : cil@athle.fr Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) :

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, l'association « les SPORTS OLYMPIQUES DE HOUILLES » s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données.

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements de la Fédération Française d'Athlétisme et ceux de la Fédération Internationale d'Athlétisme.

- NOM et Prénom de la personne à prévenir en cas d'accident :
- Téléphone :

À le

Signature obligatoire

Merci par avance de bien vouloir compléter cette autorisation le plus lisiblement possible

(Les demandes d'attestation de paiement, seront traitées et transmises uniquement par mail)



Sports Olympiques de Houilles

AFFILIATIONS : FEDERATIONS FRANCAISES ET FEDERATION SPORTIVE ET GYMNIQUE DU TRAVAIL
ATHLETISME - BASKET-BALL - CYCLOTOURISME - EXPRESSION CORPORELLE/GYM TONIC - FOOTBALL
GYM ENTRETIEN/PILATES/MARCHE NORDIQUE - MUSCULATION - TENNIS DE TABLE - TIR A L'ARC
TRIATHLON - VOLLEY-BALL

Attestation Questionnaire de santé pour les mineurs

A remettre au club

Je soussigné M/Mme

En ma qualité de représentant légal de l'enfant

.....

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et a répondu
PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.