

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), _____

Docteur en médecine certifie avoir examiné :

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) le : _____

et certifie que son état ne présente pas de contre indication à :

- la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition.
- la pratique du Beach-Volley, y compris en compétition.
- la pratique de la musculation.

Cocher la ou les proposition(s) exacte(s)

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin examinateur :

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident est remis en mains propres à l'intéressé(e), lequel a été informé(e) des risques en cas de fausse déclaration lors de l'interrogatoire, pour faire valoir ce que de droit.

DROIT A L'IMAGE

La publication de photographies identifiables sur le site internet du club Volley Ball Riez Vie (ou sur tout autre canal de communication interne ou externe) ne peut se faire sans l'autorisation de l'intéressé s'il est majeur, ou de ses parents (ou responsables légaux) s'il est mineur.

L'autorisation concerne les photographies prises dans le cadre de la pratique du volley ou activités annexes (tournois, déplacements, entraînements, etc...)

Les photographies publiées pourront être accompagnées d'une légende ne communiquant aucune information susceptible de rendre identifiable l'intéressé et/ou sa famille. En cas de refus de votre part, certaines photographies pourront toutefois figurer sur les outils de communications du club en ayant, au préalable, rendu l'intéressé impossible à identifier ("floutage" du visage par utilisation d'un logiciel de retouche d'image).

Je soussigné(e) _____

Représentant légal de _____

demeurant _____

autorise le club à publier des photos de moi (ou de mon enfant) sur son site internet ou tout autre canal de communication (journal interne, etc...)

Fait à _____, le _____

Signature