

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant.....
autorise les responsables du Ski Club Margeride, à prendre, le cas échéant, toutes mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, sortie de l'hôpital)
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

AUTORISATION PHOTO

Je soussigné(e)..... autorise expressément, à titre gratuit, le SCML à
reproduire, diffuser, publier et présenter, sans limitation de durée, les photographies de : mon
enfant mineur – ma propre personne (rayer la mention inutile).....
Ces photographies, réalisées par le SCML, dans le cadre de ses activités, pourront être exploitées
sur les supports suivants : brochures, tracts, journaux, affiches du SCML et site Internet de la ville
ou du club. Aucune modification ou altération ne pourra être effectuée par le SCML, qui s'engage
à ne pas utiliser les photographies à titre commercial.

Date :

Signature :