



BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUELLE ENFANTS / JEUNES

Année septembre 2017 à août 2018

A nous renvoyer accompagné de votre règlement de 15€ (Chèque à l'ordre d'Axothea)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse :

☎ domicile : portable :

Email :

AUTORISATION : DROIT A L'IMAGE

Nous, soussignés Monsieur :

Et Madame :

Autorisons Axothea, Association Loi 1901, à photographier notre (nos) enfant(s) et cédon(s) à Axothea l'ensemble des droits de propriété intellectuelle, et en particulier notre droit à l'image, pour l'ensemble des photographies prises de notre enfant. La présente autorisation entraîne de plein droit de notre part la cession des enregistrements de son image par tout procédé technique (photographie, films, dessins) effectué pour le compte d'Axothea et la reproduction sur tous supports (catalogues, affichettes, publipostages, site internet, Facebook...) à usage interne ou externe. En conséquence, Axothea pourra exploiter son image pour faire la promotion des spectacles et de l'association. Pour quelque motif que ce soit, il est expressément convenu qu'Axothea pourra également utiliser les dites photos à des fins de rétrospectifs historiques et des opérations de communication non destinées à vendre les activités mises en valeur.

Fait à : Le :

Signature (signature du père ET de la mère si les parents sont divorcés)

AXOTHEA

FEDERATION DES TROUPES DE THEATRE AMATEUR DE L' AISNE
2 rue du chemin des dames 02860 CHAMOUILLE
Tél. 03.23.23.71.67 - 06.27.40.06.78
axothea@free.fr – www.axothea.com



FICHE DE LIAISON

Année septembre 2017 à août 2018

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT :

Adresse :

L'enfant peut-il rentrer seul : NON OUI :

Noms des personnes qui pourraient reprendre l'enfant :

.....

.....

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé : OUI NON

(allergies alimentaires, asthme, hypoglycémie, vue, ouïe...)

Si oui, veuillez préciser les précautions à prendre :

.....

.....

En cas d'accident grave, si toutefois cela est possible, dans quel hôpital ou dans quelle clinique voulez-vous que votre enfant soit transporté ? :

Nom du médecin traitant ? :

Numéro de téléphone du médecin traitant ? :

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'animateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature des parents :

AXOTHEA

FEDERATION DES TROUPES DE THEATRE AMATEUR DE L' AISNE
2 rue du chemin des dames 02860 CHAMOUILLE
Tél. 03.23.23.71.67 - 06.27.40.06.78
axothea@free.fr - www.axothea.com