

## AUTORISATION PARENTALE

### SITUATION ET COORDONNEES DES PARENTS

Mère:

Nom : ..... Prénom : .....  
Profession : .....  
Entreprise : ..... Lieu de travail : .....  
Tel travail : ..... Tel Portable : ..... Tel Domicile : .....  
Email : .....

Père:

Nom : ..... Prénom : .....  
Profession : .....  
Entreprise : ..... Lieu de travail : .....  
Tel travail : ..... Tel Portable : ..... Tel Domicile : .....  
Email : .....

### AUTORISATION PARENTALE

**Je soussigné(e) :**

Nom : ..... Prénom : .....

En qualité de Père, Mère, Tuteur (barrer la mention inutile)

Domicilié(e) à : .....  
.....  
.....

**autorise mon fils/ma fille** (nom et prénom) .....

Né(e) le : ...../...../..... N° Sécurité Sociale : .....

**à faire partie** de l'association "Espace Volley de Vernon Saint-Marcel" (EVVSM) pour y pratiquer les activités sportives encadrées par les animateurs et entraîneurs pendant la saison 2018/2019.

**J'ai bien noté que cette adhésion est payante** et je m'engage à verser la cotisation annuelle au tarif indiqué par l'EVVSM (possibilités de paiement en plusieurs échéances).

**De plus, en cas d'accident j'autorise** les animateurs de l'EVVSM à prendre la responsabilité de pratiquer les gestes de premier secours et d'appeler les services médicaux concernés pour la pratique des soins hospitaliers.

Nom du Médecin à prévenir : .....

Tél du médecin : ...../...../...../...../.....

Etes-vous affilié à une caisse complémentaire ou mutuelle ? Mutuelle : .....

A le ...../...../.....  
Signatures des parents précédées de la mention "Lu et approuvé"