

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 2022/2023.

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"