



Autorisation parentale 2025-2026

Je soussigné(e)

(1).....

demeurant

(2)

Code Postal Ville.....

N° Tél urgences : si liste rouge le préciser (LR)

N° Tél urgences :

Autorise, mon fils, ma fille (Nom et prénom) (3)

.....

né(e) le E.Mail :

à pratiquer le Volley-Ball au sein du Volley Club Hérouville pour la saison en cours. Je suis bien informé(e) qu'en l'absence de tout certificat médical d'aptitude à la pratique du Volley-Ball, ou de réponse négatives à toutes les questions du QS Sports ou QS jeunes je reste responsable de tout problème médical survenu à mon enfant, et que l'association ne pourra pas créer une licence.

En outre, j'accepte que les responsables du Volley Club Hérouville autorisent en mon nom toute intervention médicale ou chirurgicale en cas d'urgence.

J'accepte que mon fils, ma fille soit pris(e) en photo dans le cadre de ses activités liées au volley-ball.

J'accepte que mon fils, ma fille soit transporté(e) en véhicule individuel (autres parents ou dirigeants du club) ou en transport professionnel dans le cadre de ses activités liées au volley-ball.

Merci de nous signaler les éventuels soucis particuliers de santé de type allergies par exemple.

Fait à Hérouville Saint Clair

le

(signature)

(1) nom et prénom d'un des parents ou du tuteur légal

(2) adresse complète

(3) rayer la mention inutile, ajouter nom et prénom de l'enfant