



CLUB (numéro FFVB + nom) : \_\_\_\_\_

ou ETABLISSEMENT (nom + n° de départ.) : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE

(1 exemplaire signé par enfant participant, à conserver par l'accompagnateur référent)

Je soussigné(e),

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Père, Mère, Tuteur légal, TEL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Mail

demeurant \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

autorise mon fils/ma fille

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_, Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

1° à participer à la journée FESTYVOLLEY organisée par la Ligue des Pays de la Loire de Volley-Ball, le club de l'ASPTT Laval et le Comité Volley de la Mayenne, le Dimanche 9 Juin 2024 au Complexe Sportif Viloiseau à Bonchamp-Lès-Laval et aux transports afférents. Cocher la case :

2° à subir tout traitement en cas de maladie ou toute intervention chirurgicale en cas d'urgence (cocher la case intéressée). OUI NON

CONTRE INDICATIONS MEDICALES :

3° les organisateurs de la manifestation à utiliser son nom, son image, et tout élément de sa personnalité (voix, silhouette, etc.) uniquement pour des opérations promotionnelles liées au Volley-Ball ou à la manifestation Festyvolley.

OUI NON

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FAIT A \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_ SIGNATURE