



asl vendée
ASSOCIATION SPORTIVE LANDAISE
Volley ball

AUTORISATION

PARENTALE

Je soussigné(e), M-Mme / NOMPrénom.....

En ma qualité de : Père Mère Représentant Légal

M'engage à collaborer pour les déplacements de l'équipe et autorise :

Mon fils/Ma fille Nom :

Prénom :

- 1- A pratiquer le volley-ball au sein du club de l'ASLandaise
- 2- A être transporté(e) sur les lieux des rencontres, les jours de matchs ou de tournois par des personnes véhiculées étant en règle avec les lois du code de la route. Le club et ses éducateurs déclinant toute responsabilité en cas d'accident.

Autorise le représentant mandaté par l'ASLandaise volley-Ball à prendre toutes les dispositions nécessaires, notamment en cas d'accident ou de blessure de mon enfant susnommé.

Fait à..... le/...../.....

SIGNATURE