

1- Autorisation parentale - BEACH VOLLEYADES – 2025

Equipe de : Ligue Comité Club

Nom :

Catégorie* : Féminin Masculin

ACCOMPAGNATEUR ADULTE DE LA DELEGATION	
NOM	PRENOM
	TEL PORTABLE
N° LICENCE FFVOLLEY	E-MAIL

Autorisation parentale joueur 1*		Autorisation parentale joueur 2*	
PARENT/TUTEUR JOUEUR(SE) 1		PARENT/TUTEUR JOUEUR(SE) 2	
NOM		NOM	
PRENOM		PRENOM	
QUALITE (Mère, Père, Tuteur)		QUALITE (Mère, Père, Tuteur)	
TELEPHONE		TELEPHONE	
EMAIL		EMAIL	
après avoir pris connaissance des conditions de participation :		après avoir pris connaissance des conditions de participation :	
- autorise l'enfant :		- autorise l'enfant :	
IDENTITE JOUEUR(SE) 1		IDENTITE JOUEUR(SE) 2	
NOM		NOM	
PRENOM		PRENOM	
DATE DE NAISSANCE		DATE DE NAISSANCE	
à s'inscrire à la compétition « Beach Volleyades ».		à s'inscrire à la compétition « Beach Volleyades ».	
Sous réserve d'en être préalablement informés par les responsables du tournoi :		Sous réserve d'en être préalablement informés par les responsables du tournoi :	
- Autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée sur mon enfant, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.		- Autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée sur mon enfant, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.	
- les responsables à quitter l'établissement hospitalier ou la clinique avec mon enfant suite aux soins pratiqués		- les responsables à quitter l'établissement hospitalier ou la clinique avec mon enfant suite aux soins pratiqués	
Mention « lu et approuvé », date :		Mention « lu et approuvé », date :	
SIGNATURE :		SIGNATURE :	