

# FICHE CONTACT

---

## Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

---

## Autorisations parentales pour les mineurs :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise les responsables du volley PLVPB à :

- prendre toutes les dispositions prescrites par un médecin en cas d'urgence y compris une hospitalisation si jugée nécessaire par les autorités médicales.

OUI NON

-organiser les déplacements collectifs et autoriser mon enfant à se déplacer avec des accompagnateurs (parents, bénévoles, entraîneur) lors des compétitions.

OUI NON

- utiliser l'image de mon enfant, prise dans un groupe, pour la promotion de l'activité ou sa présentation dans tous types de manifestations à objet sportif ou culturel, y compris sur le site internet du volley-ball du PLVPB.

OUI NON

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Signature :**

---