

Autorisation parentale

Je soussigné (e), Madame ou Monsieur

Mère () Père () Tuteur ()

Tél : ☎ Mail :

Port :

Adresse :

Nom et prénom née le

A participer aux entraînements sportifs () oui () non

Lors des déplacements, j'autorise un membre du club de Voile de Villeneuve à véhiculer mon enfant pour toute sortie du club pour les régates extérieures. () oui () non

Les déplacements sur plusieurs jours, j'autorise le covoiturage et les nuitées organisées, sous la responsabilité d'un membre du club de Voile, RTQ ou animateur de club, ou une personne désigné par le président du club. () oui () non

A l'issue des entraînements ou des sorties organisées par le club, j'autorise mon enfants à rentrer seul. () oui () non

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Docteur :

Adresse :

CP / Ville

Tél : ☎

TRANSFUSION SANGUINE (si nécessaire) Groupe Sanguin () oui () non

Problèmes particuliers (allergie à des médicaments, anesthésie) () oui () non

Fait à Villeneuve sur Yonne le/...../..... Signature obligatoire :

Club de Voile de Villeneuve sur Yonne, chemin du Saucils, tél club 03 86 87 18 54 aux heures d'ouvertures du club, ou 06 47 67 92 19 Email, cvv-y.com. Association sportive loi 1901 N° 17981, n° affiliation FFV n° 89004