

**STAGES DEPARTEMENTAUX**  
**15 Février 2023**  
**16/17 Février 2023**  
**23/24 Février 2023**

Nom - Prénom joueur (se) : ..... Date de Naissance : .....

Adresse : .....

@ : .....

☎ Familial : .....

**Toutes les rubriques sont importantes.**  
**Merci de toutes les renseigner**

Nom et Adresse du père :	Nom et Adresse de la Mère :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :
☎ travail :	☎ travail :

Je soussigné(e) : .....

Responsable du mineur : .....

➔ Autorise le responsable du stage à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, **TOUTES MESURES D'URGENCE**, et autorise pour les besoins du déplacement le transport de mon enfant dans la voiture particulière d'un responsable du stage.

➔ M'engage à reverser au Comité Départemental de Volley-Ball de la Mayenne, en cas de maladie pendant le séjour du mineur, le montant des dépenses engagées pour le traitement.

**Personne à prévenir en cas d'urgence** (autre que les parents) : .....

**N° de téléphone de cette personne** : .....

N° sécurité sociale du joueur : .....

Organisme de sécurité sociale : .....

Mutuelle (Nom et n° adhérent) : .....

Allergie ou régime alimentaire ou traitement spécial : .....

Fait à ..... Le.....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »