

STAGES DEPARTEMENTAUX
21 Avril 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 »