



VERNOSC DAVEZIEUX BASKET

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (parent responsable) :

Adresse :

.....

Téléphone :

Portable :

E-mail :

Responsable de l'enfant ou des enfants (nom et prénoms de l'enfant ou des enfants) :

1 -

2 -

3 -

4 -

Autorise les responsables du Club Vernosc Davézieux Basket, à prendre toutes les décisions nécessaires de soins, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale constatées par un médecin en cas de nécessité d'urgence.

Autorise également, le droit à l'image dans le cadre des actions de communication réalisées par le club Vernosc Davezieux Basket.

Réserves éventuelles :

.....

.....

Cette autorisation est valable pour la durée de la saison 2018/2019 de basket.

Fait à _____, Le

Signature des parents

Précédée de la mention « Bon pour Accord »