



**UNION SPORTIVE MIGNE AUXANCES VOLLEY-BALL**

Centre Socio-Culturel de la Comberie  
10 rue de la Comberie 86440 Migné Auxances  
☎ 06.62.10.53.40 : Damien METAYER  
volley.usma@gmail.com

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Père, mère, tuteur (1), autorise mon fils, ma fille (1) \_\_\_\_\_

à participer aux **entraînements, matchs et compétitions de volley-ball** pour la saison sportive 2021/2022 et aux activités de l'association sportive USMA VOLLEY-BALL

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »**

***Le joueur/joueuse,***

***Les Parents,***

En cas de nécessité j'autorise l'entraîneur et/ou les bénévoles de l'association à prendre les mesures immédiates que peut nécessiter l'état de mon enfant (blessures, maladies...);  
J'autorise également l'entraîneur et/ou les bénévoles à quitter l'établissement hospitalier ou la clinique avec mon enfant suite aux soins pratiqués.

Je souhaite, si cela est possible, qu'il soit dirigé vers

- un établissement hospitalier
- une clinique

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature des parents,**

(1) barrer les mentions inutiles



## Fiche signalétique

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

E-mail joueur(se) : \_\_\_\_\_ N° Port : \_\_\_\_\_

### Informations Médicales :

Groupe sanguin du joueur(se) : \_\_\_\_\_

Médecin de la famille : Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Antécédents et allergies :

---

---

### Coordonnées :

#### Tél. Parents :

Domicile : Père  Mère

Travail : Père  Mère

Portable : Père  Mère

Personnes à prévenir en cas d'accident (autres que les parents) :

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ lien avec joueur : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ lien avec joueur : \_\_\_\_\_