

AUTORISATION PARENTALE (UNIQUEMENT POUR LES MINEURS)

JE SOUSSIGNÉ(E)
AUTORISE MON ENFANT
– À PARTICIPER AUX ACTIVITÉS DE L'ASPOM BEGLES HANDBALL ET AUTORISE LES RESPONSABLE
D'ÉQUIPE À PRENDRE, DANS LE CAS ÉCHÉANT, TOUTES LES MESURES (TRAITEMENT
MÉDICAUX, HOSPITALISATION, INTERVENTIONS CHIRURGICALES) RENDUES NÉCESSAIRES PA
L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT 🔲 OUI 🔲 NON
– A ÊTRE VÉHICULÉ PAR N MEMBRE DU CLUB OU PAR DES PARENTS D'AUTRES JOUEURS DANS L
CADRE DES ENTRAINEMENTS OU DES RENCONTRES DISPUTÉES SOUS LES COULEURS D
L'ASPOM BEGLES HANDBALL OUI NON
LU ET APPROUVÉ, FAIT À
SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL

ATTENTION AUTORISATION PARENTALE RÉSERVÉE AU CLUB DE L'ASPOM

NE PAS JOINDRE A LA LICENCE SUR INTERNET