



AOVB64@GMAIL.COM
06.66.92.69.36

Président
Julien LE TOUS

Secrétaire
Lucie Penaud

Trésorier
Axel VITIELLO

AUTORISATIONS PARENTALES POUR LES MINEURS

Je soussigné(e),

Demeurant :

(1) père, mère, tuteur légal de l'enfant, (nom et prénom) :

DEPART SEUL DU GYMNASSE POUR ENFANT MINEUR

- Autorise le club Anglet Olympiques Volley Ball à laisser mon enfant partir seul(e) du gymnase après son entraînement
- N'autorise pas le club à laisser mon enfant partir seul(e) du gymnase

ATTENTION

Il arrive que l'animateur ou l'entraîneur chargé de l'encadrement de la séance de votre enfant soit absent ou en retard. Il est possible qu'il n'ait pas eu le temps de vous en avertir et que le club ne puisse pas s'organiser pour assurer l'accueil des enfants. Pour éviter les soucis liés à cette absence, nous vous demandons de venir accompagner votre enfant jusque dans la salle et de ne le laisser qu'après vous être assuré de la présence du cadre technique. Il vous est donc fortement déconseillé de déposer votre enfant devant le gymnase sans prendre le temps de descendre de votre voiture. Par la même occasion, votre arrêt montrera que vous encouragez la pratique de votre enfant en vous intéressant à son activité. Nous vous remercions d'appliquer ces conseils pour la sécurité et la tranquillité de chacun de nous.

TRANSPORT

(A l'occasion des déplacements de l'équipe de mon enfant) :

- Autorise le club de mon enfant à organiser le transport de celui-ci par des parents bénévoles
- N'autorise pas le club de mon enfant à organiser le transport de celui-ci par des parents bénévoles

INTERVENTION CHIRURGICALE

- Autorise le responsable de l'équipe d'Anglet Olympique de mon enfant à prendre toute décision relative à une intervention chirurgicale, après m'avoir contacté(e).
- N'autorise pas une intervention chirurgicale sur mon enfant sans ma présence

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom, Prénom :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Numéro de sécurité sociale du responsable (et de l'enfant) :

Pour faire valoir ce que de droit

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE DU CENTRE HOSPITALIER

- Autorise mon enfant
- N'autorise pas mon enfant

à sortir de l'établissement hospitalier qui lui a donné les soins, accompagné(e) et sous la responsabilité du responsable de l'équipe de volley-ball du club de ANGLET

Fait à le
Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »
(1) rayer les mentions inutiles