

**VOLLEY CLUB MARSEILLANAIS – VCM**

11 RUE DU CARIGNAN 34810 POMEROLS

Tél : Delphine MARY 06-81-82-26-60

Email : [volleymarseillan@gmail.com](mailto:volleymarseillan@gmail.com)**AUTORISATION PARENTALE****SAISON 2024-2025**

Je soussigné(e) ..... responsable légal,  
père, mère ou tuteur.

Adresse complète:

.....  
.....

Code Postal: .....

Ville: .....

Tél Domicile: .....

Portable: .....

**Autorise l'enfant:**

Nom: .....

Prénom: .....

Né(e) le : ...../...../.....

à: .....

Licencié(e) au Club : **VOLLEY CLUB MARSEILLANAIS****A participer**

◆ A tous les entraînements  
 OUI  NON

◆ A toutes les manifestations prévues au calendrier sportif de la saison  
(matches à domicile ou à l'extérieur, stages organisés pendant les vacances scolaires)  
 OUI  NON

**A se faire photographier**

pour diffusion dans toutes les publications internes et/ou externes (presse locale, site internet, etc...)

 OUI  NON**Je donne mon accord pour les transports**

(en mini-bus, voiture particulière, SNCF, etc...)

 OUI  NON**J'autorise les dirigeants du Club**

à prendre à l'égard de mon enfant, toutes les dispositions médicales utiles en cas d'accident si nécessaire.

 OUI  NON

Fait à: ..... le .....

Signature, précédée de la mention «LU ET APPROUVE»