

SAISON : 2026-2027

LICENCIÉ Nom Prénom Date de naissance : / / Email : Tél :	
PÈRE / TUTEUR Nom : Prénom : Email : Tél : Adresse :	AUTORISATION DE SOIN Je soussigné (e) père – mère – tuteur* du jeune autorise le club, par son délégué présent sur place à prendre toutes les décisions nécessaires en cas de maladie, de blessures ou d'accident survenant pendant l'activité sportive (entraînement, match, transport) ; autorise le médecin à pratiquer toute intervention ou soin qui s'avérerait indispensable, y compris l'hospitalisation ; autorise le délégué du club à faire sortir mon enfant de l'hôpital pour le ramener à mon domicile. <u>Personnes à prévenir en cas d'urgence :</u> 1. Nom : Qualité : Tél : 2. Nom : Qualité : Tél : 3. Nom : Qualité : Tél : <u>Médecin traitant :</u> Nom : Tél : <u>Informations médicales pouvant être communiquées (allergies, traitements, contre-indication, problème particuliers, antécédent)</u>
MÈRE/ TUTRICE Nom : Prénom : Email : Tél : Adresse :	
AUTORISATION PARENTALE DE TRANSPORT	
Je soussigné (e) père – mère – tuteur* du jeune autorise mon fils – ma fille* à effectuer les trajets liés à son activité sportive au sein du HBCV, dans tout véhicule, qu'il soit conduit par une personne salariée du club, par une personne opérant à titre de bénévole ou à titre de transporteur professionnel. Fait à _____, le _____ Signature :	
AUTORISATION à QUITTER LE GYMNASSE SEUL	

Je soussigné(e) _____, responsable légal de
_____ ☐ autorise mon enfant à partir seul du gymnase après
les entraînements et après les matchs ☐ n'autorise pas mon enfant à partir seul du gymnase
après les entraînements et après les matchs

Fait à _____, le _____

Signature :

* rayer la mention inutile

Pour tous renseignements complémentaires ou questions, et tout au long de la saison, vous pouvez contacter les dirigeants du club par mail à l'adresse suivante : hbcv40@hotmail.fr ou par téléphone Cabé Estelle 06 33 42 66 59 / Roncier Christophe 06 11 32 10 38