



SECTION SPORTIVE VOLLEY-BALL

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE ET CHIRURGICALE LORS DE LA JOURNEE DE SELECTION

Je soussigné (e)

Autorise

N'autorise pas (1)

le responsable de la section sportive de Volley-Ball de Riom à faire pratiquer une intervention médicale ou chirurgicale sur mon enfant (Nom - Prénom :.....)
en cas d'urgence, lors des journées de sélection qui se dérouleront au gymnase du lycée C. et P. Virlogeux le mercredi 20 mai 2026.

N° de licence FFVB (si licencié) :

N° de Sécurité Sociale des parents :

N° d'appel en cas d'urgence :

Allergies éventuelles (pénicilline...) :

Fait à :

Le :

Signature (2) :

(1) : rayer la mention inutile

(2) : la signature doit être précédée de la mention «lu et approuvée».