

Autorisation paternelle pour les mineurs

Je soussigné(e) :
C.I.N. :
Demeurant :
Autorise mon enfant :
Né (e) le :

A pratiquer le volley-ball et à participer aux compétitions au sein de son club, le cas échéant, l'équipe nationale.

Signature légalisée

Certificat médical d'aptitude physique

Je soussigné (e) certifie, après examen, que l'enfant ne relève aucun signe de maladie chronique évolutive à l'aigue contagieuse et qu'il (elle) est physiquement apte à pratiquer le Volley-Ball.

Fait à le

Cachet et Signature du médecin