



Club de volley-ball ACLC Langan - La Chapelle-Chaussée

**La signature du document ci-dessous est obligatoire
pour les licenciés mineurs**

Je soussigné(e).....
Représentant légal de.....
Demeurant.....

-Autorise mon enfant à pratiquer le volley-ball au sein de l'ACLC Volley pour la saison **2024/2025**, et certifie qu'il est en parfaite santé et apte à la pratique de ce sport, après avoir complété le questionnaire OU passé une visite médicale (en cas de surclassement).

-Autorise le responsable d'équipe dans laquelle évolue mon enfant, à faire intervenir, en mon absence, un médecin ou les secours d'urgence pour donner les soins en cas d'urgence, ou pratiquer ou faire pratiquer à mon enfant toute intervention d'urgence indispensable.

-Autorise mon enfant à être transporté pour tous les déplacements nécessaires à la pratique du volley, par toutes personnes autorisées par l'ACLC Volley, qu'elles soient entraîneurs, dirigeants, responsables d'équipe, membres du bureau ou autres parents de joueurs.

-M'engage à respecter les conditions de sécurité nécessaires (réhausseur...) au transport des enfants lorsque je suis amené à assurer les déplacements de licenciés mineurs dans le cadre de la pratique du volley au sein de l'ACLC Volley.

-M'engage à respecter les horaires des entraînements, des matches et des rendez-vous pour les déplacements nécessaires à la pratique du volley, étant précisé qu'en dehors de ces horaires, mon enfant est sous mon entière responsabilité, même s'il se situe au gymnase ou à proximité du gymnase.

Pour valoir ce que de droit,

Fait à _____, le _____

Signature du représentant légal du licencié mineur