



AUTORISATION PARENTALE SAISON 2023/2024

Je soussigné M..... (nom et prénom du père et/ou mère)

Adresse.....

N° Tél : Mail :

Autorise mon enfant, né(e) le .../.../....., à pratiquer le volley
au sein de l'association ALENCON VOLLEY

J'accorde le droit au club de diffuser des photos où mon enfant apparait :

OUI NON

Le à

Signature(s)