**ETOILE DINARDAISE BASKET**
**COSEC - 29 rue Gouyon Matignon**
**35800 DINARD**

# ACCEPTATION DU PROTOCOLE SANITAIRE de retour au jeu

Je soussigné, Madame, Monsieur (1) , , mère, père, représentant légal (1) de : , licencié-e au club de basket de l'Etoile Dinardaise Basket ou autre (à préciser) :

autorise par la présente mon enfant à participer aux séances de basket-ball mises en place par l'Etoile Dinardaise Basket dans le cadre du retour au jeu.

Je certifie avoir pris connaissance des conditions de déroulement de ces séances, de l'obligation d'inscrire mon enfant pour chaque séance qu'il souhaite fréquenter et du protocole sanitaire mis en place.

Mon enfant s'engage à respecter le protocole sanitaire mis en place par l'Etoile Dinardaise Basket pour ces séances de retour au jeu.

Fait à ,le
Signature obligatoire

(1)Rayer la mention inutile