



Chemin de la Patinoire
38250 VILLARD DE LANS
tél 04 76 95 99 77
cs.villard-de-lans@wanadoo.fr

INSCRIPTION SAISON 2026 / 2027

AUTORISATION PARENTALE POUR SOINS OU INTERVENTION CHIRURGICALE

Je, soussigné(e) agissant
en qualité de autorise mon enfant
à participer aux activités (entraînement, compétitions, déplacements) du club Villard de Lans Vercors Patinage dans
le cadre fixé par le règlement intérieur et donne l'autorisation aux entraîneurs et dirigeants du club de prendre toute
décision urgente concernant la santé et la sécurité de mon enfant (soins, hospitalisation, anesthésie générale) ;

Allergies éventuelles :
.....

Personnes à prévenir en cas d'accident (au moins deux personnes) :

1. NOM – Prénom :
Lien de parenté : Tél domicile :
Tél travail : Portable :
2. NOM – Prénom :
Lien de parenté : Tél domicile :
Tél travail : Portable :

BENEVOLAT

***TOUT PARENT DE LICENCE(E) S'ENGAGE A DONNER DE SON TEMPS POUR UN GALA ET/OU UNE
COMPETITION ORGANISES PAR LE CLUB.***

DATE, SIGNATURE :



**VILLARD DE LANS
PATINAGE**

