# DEMANDE D'AFFILIATION

**Données personnelles**

*Affilié :*

Nom : …….

Prénom : ……

Date de naissance : …….

Adresse :…….

Téléphone/GSM affilié :…….

E-mail affilié :…….

*Si moins de 18 ans ; merci de fournir les informations suivantes du responsable :*

Nom : …….

Prénom : ……

Téléphone/GSM :……..

E-mail : …….

**Autorisations**

*Autorisation parentale pour les moins de 18 ans*

Je soussigné(e)……. (indiquez le nom et prénom du responsable), demeurant ……. (indiquez l'adresse complète) et agissant en qualité de père / mère (biffez la mention inutile) de ……. (précisez le nom et prénom de votre enfant)

☐ autorise mon enfant à pratiquer le volley dans le cadre du VC Stabulois.

*Autres autorisations à donner pour tout joueur*

☐ j'atteste être apte à la pratique sportive.

☐ je confirme ne pas être affilié à une autre fédération que la FVWB

☐ j'accepte que mes informations personnelles collectées via ce formulaire et mon image soient exploitées dans le cadre de mon affiliation et de mes activités au VC Stabulois.

☐ j'autorise le VC Stabulois à communiquer mes informations personnelles collectées via ce formulaire, au Comité Provincial de Volley et à la FVWB.

Date :

Signature :