



# TVB

Je soussigné(e)

**Nom** ..... **Prénom**.....

Atteste avoir pris connaissance du protocole sanitaire mis en place par le TOURS VOLLEY-BALL.

**Je m'engage à respecter l'ensemble des mesures sanitaires de ce protocole.**

A ..... Le.....

Signature **obligatoire** du licencié  
( à partir des M11)

Signature du représentant légal pour le licencié mineur

