



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

