



**AUVERGNE  
RHONE-ALPES**  
BASKETBALL

LIGUE AUVERGNE-RHONE-ALPES DE BASKETBALL  
Pôle Formation  
180 boulevard de Charavines  
38500 VOIRON  
Tel : 09 77 42 36 20 > taper 2  
[secretariat.voiron@aurabasketball.com](mailto:secretariat.voiron@aurabasketball.com)



## **AUTORISATION PARENTALE**

### **CAMP AURA BASKET à VICHY - Semaine 1**

### **Du 6 au 11 Juillet 2025**

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du responsable légal), \_\_\_\_\_

(Préciser : père - mère - tuteur) (1)

Responsable légal de l'enfant (NOM et Prénom de l'enfant): \_\_\_\_\_

- Autorise mon enfant à participer au Camp de Basketball organisé par la Ligue AURA, à Vichy, du 6 au 11 juillet 2025.
- Certifie que l'enfant est assuré pour la responsabilité civile y compris dans le cas de la pratique du basket-ball.
- Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise le responsable du camp à prendre toute photo ou film qu'il jugera nécessaire dans le cadre de matchs, entraînements ou tournois et de leur préparation.
- Autorise mon enfant à utiliser tout moyen de transport pour se rendre aux matchs, entraînements et tournois dans le cadre du Camp (auto - minibus - car).
- Je m'engage à rembourser à la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Basket-ball, les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite à mon enfant.

P.S. : La ligue décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol survenu pendant le camp - Les dommages ou dégâts volontaires causés par un stagiaire pendant le camp pourront donner lieu à un remboursement par les parents.

Date : .....

**Signature** (précédée de la mention manuscrite « **bon pour accord** »)

(1) Rayer la mention inutile