



### RENSEIGNEMENTS

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Poste : ..... Club (si licencié) : .....

### AUTORISATION PARENTALE

22/04

23/04

24/04

25/04

26/04

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

et autorise le responsable du stage à prendre, dans le cas échéant, toutes les décisions médicales nécessaires pour le bien de mon enfant.

### DROIT À L'IMAGE

J'accepte

que les images de mon enfants soient utilisées pour les moyens de communication du club ou de promotion.

Je n'accepte pas

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Allergie(s) éventuelle(s) : .....

Informations médicales utiles (traitement, lentilles...) : .....

.....