



**RENSEIGNEMENTS**

Nom : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Mail : .....

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

**AUTORISATION PARENTALE**

Lundi 08/07

Lundi 15/07

Lundi 22/07

Lundi 29/07

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...) : .....

.....