



RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

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

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Poste : Club (si licencié) :

AUTORISATION PARENTALE

Lundi 21/10

Mardi 22/10

Mercredi 23/10

Jeudi 24/10

Vendredi 25/10

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

Je n'accepte pas

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Allergie(s) éventuelle(s) :

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

.....