



RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

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

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Poste : Club (si licencié) :

AUTORISATION PARENTALE

- Lundi 26/02 Mardi 27/02 Mercredi 28/02 Jeudi 29/02 Vendredi 01/03
- Lundi 04/03 Mardi 05/03 Mercredi 06/03 Jeudi 07/03 Vendredi 08/03

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...) :

.....