

**STAGE CEPA du 26/02 au 02/03 2018**  
**Raphèle les Arles**

**NOM :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**ADRESSE :**

**CLUB :**

**N° de Licence :**

**N° TELEPHONE :** Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**MAIL :** \_\_\_\_\_

**Début du stage 9h30 et fin 16h00 (du lundi au vendredi)**

**! Je récupère mon enfant pour le repas de midi** oui  non  (Départ 12h retour pour 13h30 )

**AUTORISATION PARENTALE**

***Je soussigné***

Parents ou tuteur de l'enfant : NOM :

Prénom :

autorise ma fille, mon fils, à participer au stage d'escrime qui aura lieu à Raphèle les Arles du 26 février au 2 mars 2018 inclus

J'autorise le responsable du stage à faire pratiquer tous soins et interventions chirurgicales nécessaires. Mon enfant dispose d'une assurance responsabilité civile .

(Joindre copie de l'attestation de sécurité sociale et de la mutuelle et de l'assurance responsabilité civile)

Nom de l'assurance :

N° de contrat :

Précédé de " lu et approuvé "

**A** \_\_\_\_\_

**le** \_\_\_\_\_

**Signature :**

**! Si votre enfant est sujet à des allergies ou souffre de maladie chronique, merci de nous indiquer au verso les médicaments à prendre ou à éviter. (joindre l'ordonnance)**

**DROIT A L'IMAGE**

Les stagiaires pourront être pris en photo lors des différentes activités de la semaine, par les organisateurs du stage.

***Je soussigné***

Parents ou tuteur de l'enfant : NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Autorise

n'autorise pas

Les organisateurs du stage à diffuser les documents photographiques où pourrait figurer mon enfant. (Presse locale, site Internet du comité, CD souvenir)

**A** \_\_\_\_\_

**le** \_\_\_\_\_

**Signature :**