

STAGE du

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CLUB :

N° de Licence :

N° TELEPHONE : Domicile : _____

Portable : _____

MAIL : _____

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 ARLES du
J'autorise le responsable du stage à faire pratiquer tous soins et interventions chirurgicales nécessaires.

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

Mon enfant dispose d'une 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 :