



### Inscrit

Nom : .....  
Prénom : .....

### Contre-indication(s)

.....

### Maladie(s)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Médecin et Hospitalisation

Nom : .....  
☎ : ...../...../...../...../.....  
Hôpital (si hospitalisation) : .....

### Inscription pour le(s) cycle(s) :

- Période 1** : Du jeudi 13/09/2018 au jeudi 15/11/2018
- Période 2** : Du jeudi 22/11/2018 au jeudi 24/01/2019
- Période 3** : Du jeudi 07/02/2019 au jeudi 02/05/2019
- Période 4** : Du jeudi 09/05/2019 au jeudi 04/06/2019

### Assurance

Assureur : .....  
N° de Contrat : .....  
Date de validité : ...../...../..... Au ...../...../.....

### Autorisation(s) de l'inscrit

- Photo, Film
- Droit à l'image
- Baignade
- Intervention médicale ou chirurgicale

### Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom-Prénom :	Liens : (enfants, ami...)	☎ Domicile	☎ Portable
.....	.....	...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....

Je soussigné(e) : .....

- Autorise les services municipaux encadrant à pratiquer les soins d'urgence.
- Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- M'engage à prévenir le(s) service(s) de toute modification. (*changement d'adresse, numéros, problème de santé, situation familiale...*).
- M'engage à payer la ou les factures avant la date indiquée.

### Signature

Date : ...../...../.....

### Pièces à fournir

- Certificat médical de non contre indication à la pratique des activités sportives