



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 09/09/2021 au jeudi 18/11/2021
- Période 2** : Du jeudi 25/11/2021 au jeudi 03/02/2022
- Période 3** : Du jeudi 24/02/2022 au jeudi 05/05/2022
- Période 4** : Du jeudi 12/05/2022 au jeudi 30/06/2022

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