



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 14/09/2023 au jeudi 23/11/2023

Période 2 : Du jeudi 30/11/2023 au jeudi 01/02/2024

Période 3 : Du jeudi 08/02/2024 au jeudi 11/04/2024

Période 4 : Du jeudi 16/05/2024 au jeudi 04/07/2024

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