

ACTIVITE : _____

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ VILLE : _____

Téléphone : _____ Mail _____@_____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : H F

Nom du médecin de famille : _____ Tél. _____

AUTORISATION DE REPARTIR SEUL APRES LE TEMPS DE L'ACTIVITE :

J'autorise mon enfant à repartir seul de l'activité
 OUI NON (rayer la mention inutile)

AUTORISATION PARENTALE VALABLE POUR LA SAISON 2018/2019 (09/18 à 06/19)

Je soussigné (nom, prénom) _____

Demeurant _____

Téléphone domicile _____ Téléphone bureau _____

Agissant en qualité de Père Mère Tuteur légal

* déclare autoriser l'enfant mineur inscrit ci-dessus, à pratiquer les activités de la section.

Je donne mon accord pour des déplacements tels qu'ils sont organisés par la section.

J'autorise les cadres de la section, en cas d'urgence, à se substituer à moi pour les actes nécessaires à la sécurité ou à la santé de mon enfant et à prendre toute décision que l'urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait sur demande du médecin.

* reconnais avoir été informé(e) des risques normaux de la pratique des activités sportives, des obligations qu'elle comporte et déclare les accepter pour mon enfant mineur inscrit ci-dessus

* autorise l'utilisation des photos prises dans le cadre de l'activité de l'A.C.2.S. et leur publication.

* ai pris connaissance que l'adhésion à l'A.C.2.S. était à titre individuel.

DATE :

Signature :

LE REGLEMENT DOIT ETRE JOINT A L'INSCRIPTION

Règlement activité _____ € + 5€ de cotisation à l'A.C.2.S., soit un total de _____ €

J'ai déjà réglé la cotisation de 5 € pour l'activité _____
 que mon enfant pratique personnellement au sein de l'AC2S

www.ac2s-asso.fr

ACTIVITE : _____

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ VILLE : _____

Téléphone : _____ Portable _____

Mail _____@_____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : H F

Médecin de famille : _____ Son Tél. _____

* J'autorise l'utilisation des photos prises dans le cadre de l'activité de l'A.C.2.S. et leur publication.

* J'adhère à l'A.C.2.S. à titre individuel.

DATE : _____ Signature : _____

LE REGLEMENT DOIT ETRE JOINT A L'INSCRIPTION

Règlement activité _____ € + **5€** de cotisation à l'A.C.2.S.,

soit un total de _____ €

J'ai déjà réglé la cotisation de 5 € pour l'activité _____ que
je pratique personnellement à l'AC2S

www.ac2s-asso.fr

ACTIVITE : _____

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ VILLE : _____

Téléphone : _____ Portable _____

Mail _____@_____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : _____

Médecin de famille : _____ Son Tél. _____

* J'autorise l'utilisation des photos prises dans le cadre de l'activité de l'A.C.2.S. et leur publication.

* J'adhère à l'A.C.2.S. à titre individuel.

DATE : _____ Signature : _____

LE REGLEMENT DOIT ETRE JOINT A L'INSCRIPTION

Règlement activité _____ € + **5€** de cotisation à l'A.C.2.S.,

soit un total de _____ €

J'ai déjà réglé la cotisation de 5 € pour l'activité _____ que
je pratique personnellement à l'AC2S