

NOM

Né(e) le

PRENOM

Groupe

MODE DE PAIEMENT

CHÈQUE

1 fois (15/10)

2 fois (15/10 • 15/11)

3 fois (15/10 • 15/11 • 15/12)

ESPÈCES

CHÈQUE ANCV/SPORT

BON CAF

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL 1

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TÉL. EMAIL

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL 2

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TÉL. EMAIL

AUTORISATION DE PRISE DE VUES

Je soussigné (e)

Autorise l'Association à diffuser et à utiliser les photos de mon enfant pour promouvoir ou les utiliser pour l'association (plaquette, site internet, etc ...)

N'autorise pas l'Association à diffuser et à utiliser les photos de mon enfant pour promouvoir ou les utiliser pour l'association

Fait à , le

SIGNATURE (avec la mention « Lu et approuvé »)

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Je soussigné (e)

Autorise le responsable du groupe à prendre, en cas d'urgence toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé l'enfant

En cas d'hospitalisation, je souhaite que mon enfant soit transporté si cela le permet, suivant la décision des autorités compétentes : Centre Hospitalier du Mans Pôle Santé Sud

Certificat médical fourni le

Fait à , le

SIGNATURE (avec la mention « Lu et approuvé »)