

NOM
PRENOM

Né(e) le
Groupe

MODE DE PAIEMENT

- CHÈQUE 1 fois (30/09) ESPÈCES
 2 fois (30/09 • 30/10) CHÈQUE ANCV/SPORT
 3 fois (30/09 • 30/10 • 30/11) BON CAF

COORDONNÉES DE LA MÈRE

NOM MÈRE
ADRESSE
CODE POSTAL COMMUNE
TÉL. EMAIL

COORDONNÉES DU PÈRE

NOM PÈRE
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 »)