

FICHE D'INSCRIPTION - BOXE MINEUR

Certificat Médicale

SAISON : ___/___

Montant de la cotisation : _____ Euros

Représentant légal :

Mr* Mme* Melle* NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone :

Fixe : ___/___/___/___ Portable ___/___/___/___ Professionnelle ___/___/___/___

Adresse mail : _____

Adhérent

Mr Mme Melle NOM : _____

Prénom : _____

Adresse mail : _____

Date de naissance : ___/___/_____ lieu de naissance : _____

Autorisation

Je soussigné, _____ représentant légal de l'enfant
_____ autorise les encadrants à :

- *transporter mon enfant lors des déplacements effectués dans le cadre de l'activité*
- *prendre le cas échéant et en cas de nécessité toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant participant à l'activité*
- *prendre l'enfant en photo dans le cadre de l'activité ; ces photos pourront être utilisées dans des articles de journaux, des publications de l'association, des évènements festifs, des réunions divers ainsi que des diffusions aux familles*

Fait à Cernay, le _____

Signature du représentant légal

* rayer la mention inutile