

FICHE D'INSCRIPTION

*** s'il vous plaît remplissez en lettres alphabétiques

Enfant

NOM DE FAMILLE :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Age :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. portable :	+ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mère / Parent 1 ou responsable légal de l'enfant :

NOM DE FAMILLE :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Tél. portable :	+ <input type="text"/>	Tél. Domicile :	+ <input type="text"/>
Tél. Travail :	+ <input type="text"/>	E-mail :	<input type="text"/>

Père / Parent 2 ou responsable légal de l'enfant :

NOM DE FAMILLE :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Tél. portable :	+ <input type="text"/>	Tél. Domicile :	+ <input type="text"/>
Tél. Travail :	+ <input type="text"/>	E-mail :	<input type="text"/>

Droit à l'image

Je soussigné(e) Père Mère Représentant légal de l'enfant :

- autorise ASS Fly Dance SXM à photographier et/ou enregistrer dans toutes les activités engendrées par l'association Fly Dance SXM
- autorise la publication, la diffusion et l'exploitation libre des images et vidéos ainsi réalisées dans le cadre de ses activités habituelles de diffusion audiovisuelle et éditoriale.

Fait à SXM

Signature des parents ou responsable légal

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Père Mère Représentant légal de l'enfant :

- autorise mon enfant à pratiquer la danse, acrobatie, gymnastique, compétences aériennes
- donne en cas d'urgence médicale ou chirurgicale toute autorisation aux responsables ou accompagnateurs de faire pratiquer les soins au centre médical ou chirurgical le plus proche.
- autorise les responsables ou les accompagnateurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une hospitalisation d'urgence.

Je signale ci-après les contre-indications médicales, allergies ou autres problèmes concernant mon enfant :

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Personne à contacter en urgence :

Monsieur, Madame :	<input type="text"/>	Tél. :	+ <input type="text"/>
Monsieur, Madame :	<input type="text"/>	Tél. :	+ <input type="text"/>

Nom du médecin traitant :	<input type="text"/>	Tél. :	+ <input type="text"/>
---------------------------	----------------------	--------	------------------------

Date:

Signature précédées de la mention « lu et approuvé »