

SAINT-CHAMOND

Je soussigné(e) Madame, Monsieur : Agissant en qualité de :

Adresse :

J'AUTORISE MON ENFANT À PARTICIPER AUX ACTIVITÉS PROPOSÉES

NOM :

Date de naissance :

Prénom :

Sexe : G / F En classe de :

Lieu d'habitation :



Saint-Chamond

Hors Saint-Chamond

Quartier :

Ville :

Téléphone fixe :



Portable :

Mail : @

Je certifie que l'état de santé de mon enfant ne présente pas de contre-indication à la pratique sportive

J'autorise mon enfant à rentrer seul après la fin de son activité : OUI NON

J'autorise l'éducatrice ou l'éducateur responsable du stage, à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident

J'autorise la prise de photos et de vidéos, ainsi que leur diffusion et publication dans le journal municipal et / ou sur le site de la ville et / ou sur les réseaux sociaux de la ville.

Observations :

N° de police d'assurance responsabilité civile :

Le

Signature