



EVEIL de l'ENFANT

SAISON 2014/2015

Samedi 16h30/17h30

Nés en 2009, 2010 et 2011

NOM de l'enfant: _____

Prénoms : _____

Date et lieu de naissance : ____ / ____ / ____ à _____

Adresse: _____

CP : _____ Commune _____

Téléphones Fixe ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email Ecrire lisiblement) _____ @ _____

Photo

N° DE LICENCE:

Adhésion
30.00 €

Prestations
85.00 €

Nom du père : _____ Profession _____

Adresse : _____ CP : _____ Commune :

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email travail : _____

Nom jeune fille de la mère: _____ Profession _____

Adresse : _____ CP : _____ Commune :

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email travail : _____

Autres personnes à prévenir _____

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Allergies : _____

Comment avez-vous connu l'ASRG ??? _____

- ☐ Certificat
- ☐ Photo
- ☐ Règlement
- ☐ Email

DECHARGE

Je soussigné M. Mme Mlle _____

- déclare avoir reçu un règlement Intérieur de l'association ;
- reconnais avoir été informé des possibilités de couverture d'assurance complémentaire auprès notamment de l'assureur de l'association ;
- autorise l'association, en cas d'accident, à prendre toute mesure nécessaire ;
- autorise l'association à faire paraître les photos de mon enfant ou de moi-même prises dans le cadre des activités sur les publications et le site Internet de l'Alerte.

En cas d'hospitalisation, je souhaite être pris en charge par :

- ☐ Hôpital Vienne
- ☐ Clinique Trénel
- ☐ Autre : _____

Fait à _____

Le ____ / ____ / 2014

Signature :