

# ENCADREMENT 2014/2015



**Carte m'ra n° :**

NOM :

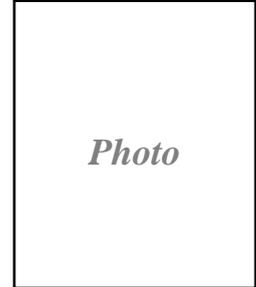
Prénoms :

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Téléphones Fixe \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



*Photo*

N° de licence

Email Ecrire **très lisiblement** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Adhésion  
Minimum  
6€**

Nom du père : \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Commune :

Téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom de la mère: \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Commune :

Téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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 :