

ECOLE DES SPORTS DE L'ISLE CREMIEU
FICHE D'INSCRIPTION – 2016 / 2017

GROUPE :

Je soussigné, _____

Autorise mon fils, ma fille _____

Né(e) le _____ à _____

Adresse : _____

Téléphone fixe _____

Téléphone portable _____

Adresse mail (écrire lisiblement) : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

N° de Sécurité Sociale qui couvre l'enfant : _____

A suivre les activités de l'Ecole des Sports de l'Isle Crémieu le mercredi dans le groupe :
_____ de _____ à _____

Mon enfant sera conduit aux entraînements :

- Par ses parents
- Par _____ N° de tél. : _____
- Viendra et repartira seul(e)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

- Votre enfant est allergique : oui - non
- Si oui, préciser et signaler le traitement : _____

- Votre enfant porte des lunettes : oui – non
- Si oui, doit-il les conserver pendant les activités ? _____

- Autres problèmes de santé à signaler : _____

AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION CHIRURGICALE ET MEDICALE :

Je soussigné, _____

Responsable légal de l'enfant _____

Autorise :

-Le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostic, toute intervention médicale ou chirurgicale, y compris avec phase d'anesthésie-réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

-Et tout transport sanitaire urgent.

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »