



STAGE DE FOOTBALL

En Avant Bageois



RENSEIGNEMENTS

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Poste : Club (si licencié) :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et autorise mon enfant à participer au stage de foot

Lundi Mardi Mercredi (12€) Jeudi Vendredi

et autorise le responsable du stage à prendre, dans le cas échéant, toutes les décisions médicales nécessaires pour le bien de mon enfant.

DROIT À L'IMAGE

J'accepte que les images de mon enfant soient utilisées pour les moyens de communication du club ou de promotion.
 Je n'accepte pas

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Allergie(s) éventuelle(s) :

Informations médicales utiles (traitement, lentilles...) :

.....