

# CS CLICHY GYMNASTIQUE VOLONTAIRE - SAISON 17 - 18

BULLETIN d'INSCRIPTION ENFANT - AUTORISATION PARENTALE ET DECHARGE DE RESPONSABILITE

<b>PARENT</b>	Agissant en qualité de : Père, Mère , Tuteur									
NOM _____	Prénom _____									
ADRESSE _____										
TELEPHONE										
EMAIL _____										

<b>AUTORISE MON ENFANT</b>													
NOM _____	Prénom _____												
DATE DE NAISSANCE											sexe	M	F

A PARTICIPER AUX SEANCES DE GYMNASTIQUE VOLONTAIRE (possibilité d'inscription à 2 séances par semaine)

18 mois/3 ans	lundi 9h30	<input type="checkbox"/>	lundi 10h30	<input type="checkbox"/>	Salle Villeneuve, 55 rue Villeneuve
18 mois/3 ans	mercredi 9h30	<input type="checkbox"/>	mercredi 10h30	<input type="checkbox"/>	Salle Villeneuve, 55 rue Villeneuve
3 à 4 ans	mercredi 17h15	<input type="checkbox"/>			Résidence Azur 6/8 rue Pierre Curie
3 à 4 ans	samedi 16h15	<input type="checkbox"/>			Salle Villeneuve, 55 rue Villeneuve
4 à 6 ans	samedi 15h15	<input type="checkbox"/>			Salle Villeneuve, 55 rue Villeneuve
5 à 7 ans	mercredi 16h15	<input type="checkbox"/>			Résidence Azur 6/8 rue Pierre Curie
7 à 12 ans	samedi 14h15	<input type="checkbox"/>			Salle Villeneuve, 55 rue Villeneuve

**Le cas échéant, je porte à la connaissance de la Présidente et de l'Animateur de l'association, les contre-indications de santé validées par un certificat médical**

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'accueil et d'animation et je précise que mon enfant rejoindra son domicile accompagné de :  
 Nom/Prénom/qualité :

Souscription IA SPORT - complément d'assurance + 11€ (voir infos)	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Droit à l'image, autorisation pour publication des photos où mon enfant apparaît	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

<b>REGLEMENT</b>	Chèque(s) <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> Nbre	Espèces <input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	CAF <input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	ANCV <input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
	Montant	Montant	Montant	Montant

En cas d'urgence, prévenir par ordre de préférence :  
 Mme/Mr/ tél : \_\_\_\_\_  
 Mme/Mr/ tél : \_\_\_\_\_

Si personne n'est joignable, j'autorise à prendre toute mesure d'urgence (pompiers, médecins, hôpital)  
 J'atteste avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard de cet enfant mineur

Signature, précédée de la mention "lu et approuvé"  
 A Clichy, le

Inscrit par GV (Prénom) : \_\_\_\_\_