

CS CLICHY GYMNASTIQUE VOLONTAIRE - SAISON 18 - 19

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

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

AUTORISE MON ENFANT														
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	Jeudi 9h30	<input type="checkbox"/>	jeudi 10h30	<input type="checkbox"/>	Salle Villeneuve, 55 rue Villeneuve
3 à 4 ans	mercredi 9h30	<input type="checkbox"/>			Ecole Jules Ferry A 7, rue Dagobert
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 10h30	<input type="checkbox"/>			Ecole Jules Ferry A 7, rue Dagobert
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"/>

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