



ACRO SARTHE

# Fiche Individuelle d'Inscription

« Stage Octobre 2024 »

**21 et 22 Octobre 2024**

## PARTICIPANT :

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

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

CP: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

@: \_\_\_\_\_ © \_\_\_\_\_

N°de sécurité sociale: \_\_\_\_\_ Caisse: \_\_\_\_\_

N°de mutuelle: \_\_\_\_\_ Nom de la mutuelle: \_\_\_\_\_

Médecin Traitant: \_\_\_\_\_ © \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Traitement en cours: \_\_\_\_\_

Autre information Médicale \_\_\_\_\_

En cas d'hospitalisation :  Hôpital  Clinique / Personne à prévenir : \_\_\_\_\_ © \_\_\_\_\_

Jours et heures de présence de votre enfant : *(mettre une croix dans la ou les cases de votre choix)*

	21/10/2024*	22/10/2024*
10 h - 12 h		
14 h - 16 h		

\* Pas de déjeuner sur place possible

Tarifs : 2 heures = 25€, 1 journée = 40 €, 2 journées = 80€

Total à régler : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE

- J'autorise l'association ACRO SARTHE, à prendre en cas d'urgence, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités spécifiques organisées par l'encadrement.
- J'autorise la publication de photos, vidéos dans le cadre de l'activité sportive pour diffusion.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du représentant légal : \_\_\_\_\_

SIGNATURE (précédée de la mention « Lu et approuvé »)



ACRO SARTHE