



ACRO SARTHE

Fiche Individuelle d'Inscription

« Stage Avril 2025 »

15 et 16 Avril 2025

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)*

	15/04/2025*	16/04/2025*
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