



Contact : **THIERRY** Portable : **0632119347**

FICHE D'INSCRIPTION JEUNES

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :
.....
.....

TEL : Portable :

Email : (écrire lisiblement) :

PASSIONS/LOISIRS :

HORAIRES : Tarif : **60 €**

Mercredi de 17 H 30 à 18 H 30
ou 18 H 30 à 19 H 30

POUR LES NOUVEAUX INSCRITS : CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE POUR UNE REINSCRIPTION : QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER

Droit à l'image : j'autorise éventuellement la diffusion de photo de mon enfant sur le site du club ou dans la presse dans le cadre d'un événement sportif :

Oui Non

Demande d'attestation pour mon comité d'entreprise

ASSURANCE

Je soussigné :

Reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurance individuelle accident proposées par l' ASCR et déclare :

- accepter ces dispositions
- souhaiter bénéficier d'indemnités contractuelles plus importantes (dans ce cas, l'ASCR vous proposera un autre contrat et vous demandera votre participation financière)

DATE :

SIGNATURE :

