

LE STAGIAIRE

NOM : _____ PRENOM : _____ SEXE : M F

Né(e) le : ____ / ____ / _____ Age : _____

Adresse : _____

N° de Tel Fixe : _____ N° de Tel Portable : _____

M@il: _____

LE STAGE

Je m'inscris pour le stage du __/__/__ au __/__/__ .

Formule Choisie :

Formule Tout Compris ⇔ Squash 4h Squash 2h

Formule Squash Uniquement ⇔ Squash 4h Squash 2h

Formule Squash Découverte (RVJ)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ Père Mère Responsable Légal

Autorise :

- La direction du stage à faire soigner mon enfant par un médecin et à prendre toutes les mesures d'urgence au cas où je ne pourrais être joint,
- La direction du stage, à utiliser pour des raisons professionnelles, les photos ou les films lors du stage sans compensation, dans le respect des droits de l'enfant,

Déclare :

- Avoir informé mon enfant des règles à respecter lors du stage,
- Que toutes les informations indiquées sont exactes.

Fait à _____ le _____ Signature :

INFORMATIONS MEDICALES A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Je soussigné Docteur _____ certifie avoir examiné ce jour _____

Son état de santé ne présente aucune contre indication apparente à la pratique du squash.

Restrictions Alimentaires : Aucunes Végétarien Sans Porc

Allergies alimentaires : Oui Non

Si oui, préciser : _____

Allergies médicamenteuses : Oui Non

Précisions allergies (et recommandations si besoin) : _____

Fait à _____ le _____

TAMPON ET SIGNATURE DU MEDECIN