



STAGE OCTOBRE 2017 AGS FOOT SAINTE SIGOLENE

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT :

NOM.....PRENOM.....

Date et lieu de naissance :

Le.....à

Adresse :.....
.....

Code postal Ville.....

Contre-indication médicale / Allergie :

.....

**JE SOUHAITE EFFECTUER LE STAGE DU 23
au 27 octobre (cocher la case)**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (père, mère ou tuteur légal) :

Nom.....Prénom.....

Téléphone.....ou.....

Autorise mon enfant à participer aux activités organisées dans le cadre du « Stages d'octobre». En cas d'urgence, ou toute autre circonstance exceptionnelle autorise le responsable du stage à prendre toutes les mesures utiles exigées par lesdites circonstances. En cas d'hospitalisation ou de consultation médicale, le responsable du « Stages d'octobre » s'engage à prévenir dans les délais les plus brefs les parents au moyen de toute action à leur disposition au moment de la survenue des faits.

CONDITIONS GENERALES

D'autre part, j'autorise à l'AGS Foot d'utiliser sur ces différents supports de communication et d'information les photographes sur lesquelles apparaît mon enfant au cours du stage. Enfin j'autorise mon enfant à être véhiculé par les éducateurs du club de l'AGS Foot ou par toute personne intervenante lors du stage.

Signature

(Précédée de la « mention lu et approuvé »)