

PHOTO



INSCRIPTION ELEVE

Tél. : 03.89.31.83.90 Mail : zavatta68100@wanadoo.fr

ELEVE

Nom : Mlle-M..... Prénom :

Date de naissance : Profession.....

Adresse.....

Tél domicile..... Prof..... Port.....

Adresse mail :

Mardi Mercredi de...h à .h Jeudi Vendredi

PARENTS (pour les élèves mineurs)

PERE : Nom..... Prénom..... Profession.....

MERE : Nom..... Prénom..... Profession.....

Adresse :

N° Sécurité sociale :

Tél. domicile..... Prof..... Port.....

Adresse mail :

INDICATIONS MEDICALES

Vaccination tétanos : date vaccin : Date rappel

Allergie : oui* non* (si oui commentaire :))

Asthme : oui* non* Diabète : oui* non* Epilepsie : oui* non* (*) entourer la réponse

Autre pathologie :

Antécédents médicaux : (intervention chirurgicale, accident, lésions,...).....

Recommandations utiles : (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse etc...).....

DECHARGE PARENTALE

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise les Ateliers de la Piste Achille Zavatta à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'association « les Ateliers de la Piste A.Z », à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre des activités de l'association.

Je n'autorise pas l'association « les Ateliers de la Piste A.Z », à utiliser l'image de mon enfant.

Fait à le..... Signature.....