

CAPREAU SPORT WASQUEHAL

GymnaFoot

Saison 2008/ 2009

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :
PRÉNOM :
Date de Naissance :
Lieu de Naissance :

Adresse:

Personne à prévenir en cas de problème :

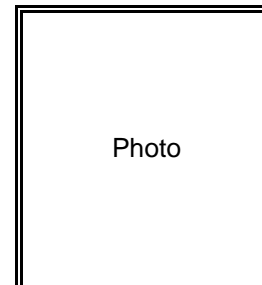
Tél :

Tél travail du père :

Tél travail de la mère :

N° de Sécurité Sociale :

Mutuelle (Nom et adresse) :



Jours de fréquentation :	Mardi	17H30 à 18H30	<input type="checkbox"/>
	Mardi	18H30 à 19H30	<input type="checkbox"/>
	Jeudi	17H30 à 18H30	<input type="checkbox"/>
	Jeudi	18H30 à 19H30	<input type="checkbox"/>

École :

Observations générales / Allergies, traitements habituels

Nom et numéro du médecin traitant :

AUTORISATION

*En cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention immédiate, tant médicale que chirurgicale (**avec ou sans anesthésie**) y compris l'hospitalisation, j'autorise ⁽¹⁾ le Responsable du club, à faire effectuer cette intervention sur avis médical*

(1) Un refus implique que les parents sont en mesure de prendre en charge immédiatement leur enfant

Fait à _____ le _____

Signature : précédée de la mention "lu et approuvé"