

ENFANT

NOM : _____

PENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

LIEU DE NAISSANCE : _____

RESPONSABLE LEGALE

NOM : _____

PRENOM : _____

QUALITE DE LA PERSONNE : PERE /MERE *

ADRESSE : _____

TELEPHONE FIXE : _____ PORTABLE : _____

AUTORISE MON ENFANT _____

A PARTICIPER AUX COURS D'EMS 2014-2015.

RENSEIGNEMENTS

NUMERO SECURITE SOCIALE : _____

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON JOINTE : OUI / NON

CERTIFICAT MEDICAL

JE SOUSSIGNÉ D^R _____

CERTIFIE QUE L'ENFANT _____ EST APTE À LA PRATIQUE

DES SPORTS SUIVANTS : SPORTS COLLECTIFS, COURSE, DANSE, MULTISPORT, GYMNASTIQUE.

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN :