



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Age :

Adresse :

Code postal : Ville :

Licencié à l'ASP : OUI-NON (Si NON, nom du Club:))

CATEGORIE (Saison 2016-2017) : U..... Non licencié

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone mère : Téléphone père :

Adresse mail :

AUTORISATION D'IMAGE :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur autorise l'AS Plouhinec à prendre des photos ou vidéo, où mon fils/fille pourrait apparaître et à les diffuser (site internet, site facebook du club, presse).

SANTE :

Problème de santé à signaler :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur autorise les responsables à faire soigner mon enfant, à l'hospitaliser, et à faire pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires en cas de nécessité.

Contact 06 68 59 48 92

Signature