

ACTIVITE	cours du _____ de _____ h à _____ h
----------	-------------------------------------

L'adhésion aux activités sportives comportant obligatoirement une assurance individuelle ne sera effective qu'à la date de remise du certificat médical datant de moins de 3 mois.

Certificat médical (jj/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

Coordonnées de la personne inscrite à l'activité

(MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULES)

M F

nom _____ prénom _____

date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

adresse postale _____

Tél. fixe _____ portable _____

courriel _____ @ _____

date & signature

--

•Coordonnées du/des responsable(s) de personne mineure

nom	tél. fixe	portable	courriel

La responsabilité de l'Amicale Laïque de Longchamp n'est engagée qu'à partir de la prise en charge effective de l'enfant. Tout responsable doit s'assurer de la présence de l'animateur en début de séance.

J'autorise cet enfant à quitter seul les cours **OUI** **NON**

date & signature

--

Réservé à l'association

montant ADHESION _____ €	mode de paiement _____
montant ACTIVITE _____ €	titulaire du compte _____
TOTAL _____ €	attestation fournie ce jour <input type="checkbox"/>