



FICHE D'INSCRIPTION
STAGE « Jean-Michel LUCENAY »
4^{ème} EDITION

De PERFECTIONNEMENT EPEE // FLEURET
DU 27 AU 30 DECEMBRE 2014

LIEU : HALL DES SPORTS LOUIS-JOSEPH-DOGUE à DUCOS (972)

NOM :

PRENOM :

NOM PARENT (si différent).....

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL VILLE :

TEL : PORTABLE MAISON.....
..... BUREAU.....

EMAIL.....

CLUB.....

N° LICENCE.....

Qui contacter en cas d'urgence :

NOM..... PRENOM.....

N° Tél

REGLEMENT UNIQUEMENT PAR CHEQUE SOIT : **110,00€** à l'ordre de
SALLE D'ARMES LES MOUSQUETAIRES DE DUCOS

Pour une bonne organisation, prière nous faire parvenir votre INSCRIPTION
AVANT LE 30 NOVEMBRE 2014

Réf CHEQUE :

Dossier complet à nous renvoyer à l'adresse suivante :

SALLE D'ARMES LES MOUSQUETAIRES DE DUCOS

CITE LA MARIE

C10 APPT 100

97224 DUCOS

J'accepte les conditions et règlements du STAGE

Signature et nom du responsable légal

DOCUMENTS PHOTOGRAPHIQUES ET VISUELS

Les stagiaires pourront être filmés lors des différentes activités physiques sportives de la semaine par les organisateurs du stage (CD souvenir, analyse vidéo de l'activités) ou par une tierce personne (presse locale)

Je soussigné(e) Melle, Mme, Mrpère, mère, tuteur, autorise les organisateurs du stage à diffuser les documents photographiques et/ou vidéo où pourrait figurer mon enfant (Presse locale, site internet du club ou de la ligue, CD souvenir ect.....

*Signature précédée de :
« Bon pour autorisation »*

AUTORISATION PARENTALE DE TRANSPORT

*Je soussigné(e), Melle, Mme, Mr,
Autorise mon enfant à être transporté dans un véhicule de location ou personnel (à titre exceptionnel) par un membre de l'équipe d'encadrement titulaire du permis de conduire, respectant les règles du code de la route en vigueur, durant le stage du 27 au 30 Décembre 2014.*

*Signature précédée de :
« Lu et approuvé »*

FICHE MEDICALE

Votre enfant est-il sujet à des allergies ? Si oui lesquelles (médicaments) (aliments) ect.....

.....
.....
.....
.....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique ? Suit-il un traitement, si oui lequel ? (+joindre ordonnance)

*Joindre photocopie de : *CARTE VITALE *ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE ET CARTE MUTUELLE*

Je soussigné(e), Melle, Mme, Mr,

Représentant légal deautorise les responsables du stage ou la famille d'accueil à faire pratiquer en cas d'urgence une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité, par un personnel dûment qualifié et demande à être informé dans les meilleurs délais.

Signature précédée de :

« Bon pour autorisation