

# Information nécessaire pour l'élaboration de la carte FR

NOM de la famille ou du porteur de la carte : .....

Adresse : .....

CP : | ..... VILLE : .....

## Composition de la famille :

	Conjoint 1	Conjoint 2
Nom/Prénom		
Date de naissance		
N° de téléphone		
Mail		

Marié(e)  Pacsé(e)s  Vie maritale  Célibataire  Veuf(ve)  divorcé(e)/séparé(e)

## Enfant(s) :

NOM				
Prénom				
Date de naissance				

# Bulletin d'inscription : activité 1

ACTIVITÉ : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

*Pour l'enfant mineur NOM du représentant legal : ..... Adresse (si diff. de l'enfant) :*

..... CP : ..... VILLE : .....

N° de téléphone : ..... Mail : .....

**Utilisation de l'image :**  autorise  n'autorise pas que mon image ou celle de mon enfant soit utilisée

**Utilisation du mail :**  autorise  n'autorise pas que mon adresse soit utilisée pour recevoir des informations relatives aux activités de FR.

## AUTORISATIONS PARENTALES (si l'inscription concerne l'enfant) :

→ SORTIE :  autorise  n'autorise pas mon enfant à repartir seul après le cours

→ MEDICALE : Je, soussigné(e).....Père, mère ou représentant légal (1) de l'enfant : ..... autorise le représentant FR de l'activité à hospitaliser mon enfant à l'hôpital de Châlons en Champagne par les Sapeurs Pompiers ou le Centre 15 et à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale qui apparaîtrait nécessaire et urgente.

Fait à ....., le .....

Signature du père, de la mère, ou du représentant légal :

# Bulletin d'inscription : activité 2

ACTIVITÉ : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Pour l'enfant mineur NOM du représentant legal : ..... Adresse (si diff. de l'enfant) :

..... CP : ..... VILLE : .....

N° de téléphone : ..... Mail : .....

**Utilisation de l'image :**     autorise     n'autorise pas que mon image ou celle de mon enfant soit utilisée

**Utilisation du mail :**     autorise     n'autorise pas que mon adresse soit utilisée pour recevoir des informations relatives aux activités de FR.

## **AUTORISATIONS PARENTALES (si l'inscription concerne l'enfant) :**

→ SORTIE :                     autorise     n'autorise pas mon enfant à repartir seul après le cours

→ MEDICALE : Je, soussigné(e).....Père, mère ou représentant légal (1) de l'enfant : .....

autorise le représentant FR de l'activité à hospitaliser mon enfant à l'hôpital de Châlons en Champagne par les Sa-peurs Pompiers ou le Centre 15 et à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale qui apparaîtrait nécessaire et urgente.

Fait à ....., le .....

Signature du père, de la mère, ou du représentant légal :

# Bulletin d'inscription : activité 3

ACTIVITÉ : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Pour l'enfant mineur NOM du représentant legal : ..... Adresse (si diff. de l'enfant) :

..... CP : ..... VILLE : .....

N° de téléphone : ..... Mail : .....

**Utilisation de l'image :**     autorise     n'autorise pas que mon image ou celle de mon enfant soit utilisée

**Utilisation du mail :**     autorise     n'autorise pas que mon adresse soit utilisée pour recevoir des informations relatives aux activités de FR.

## **AUTORISATIONS PARENTALES (si l'inscription concerne l'enfant) :**

→ SORTIE :                     autorise     n'autorise pas mon enfant à repartir seul après le cours

→ MEDICALE : Je, soussigné(e).....Père, mère ou représentant légal (1) de l'enfant : .....

autorise le représentant FR de l'activité à hospitaliser mon enfant à l'hôpital de Châlons en Champagne par les Sa-peurs Pompiers ou le Centre 15 et à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale qui apparaîtrait nécessaire et urgente.

Fait à ....., le .....

Signature du père, de la mère, ou du représentant légal :