

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 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 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 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 :