



Coordonnées

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Numéro de tél :

Adresse mail :

Photo



Coordonnées des parents, représentant(s) légaux, ou personne de confiance

Personne 1

Nom et prénom :

Tél :

Mail :

Personne 2

Nom et prénom :

Tél :

Mail :

Jour et horaires de la séance

Cotisation

Montant de la cotisation :

Règlement par :

Autorisation de prise de vue / Autorisation de sortie en autonomie

Oui, j'autorise la publication de photos et/ou de vidéos

Oui, j'autorise mon enfant à sortir seul de la salle après sa séance

Non, je n'autorise pas la publication de photos et/ou de vidéos

Non, je n'autorise pas mon enfant à sortir seul de la salle après sa séance



Décharge médicale

Madame et/ou Monsieur

En cas d'urgence, autorise le/la président(e) du RONCHIN TRAMPOLINE ou son (sa) représentant(e) à prendre les décisions concernant la sécurité de leur enfant ou de moi-même* (*adultes)

Nom et prénom :

En particulier, à le faire hospitaliser et éventuellement lui faire subir une opération ou anesthésie déclarée urgente par le médecin

Contre indication, allergies ou maladies importantes que nous devons connaître en cas de difficulté de santé dans l'établissement

Médecin traitant - Nom :

Ville :

Numéro de téléphone :

Signature du représentant légal :