

LES AIGLONS

LES ENFANTS :

1er) NOM, PRENOM :-----

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :-----

2eme) NOM, PRENOM :-----

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :-----

3eme) NOM, PRENOM :-----

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :-----

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : -----

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT (en plus des parents) :

RESPONSABLE LEGAL :

NOM, PRENOM PERE :-----

ADRESSE :-----

TELEPHONE (DOMICILE ET PORTABLE) :-----

NOM PRENOM MERE : -----

ADRESSE (si différente de ci-dessus):-----

TELEPHONE (DOMICILE ET PORTABLE) :-----

COURRIEL QUE VOUS CONSULTEZ REGULIEREMENT : -----

REMARQUES CONCERNANT VOS ENFANTS : allergies etc.

AUTORISATION PARENTALE :

- Je joins **un certificat médical valable 12 mois par enfant**. *Stipuler toutes les disciplines que votre enfant est susceptible de faire au sein des Aiglons. (NB. La mention « tous sports » n'est pas valable pour notre assureur)*
- J'autorise mon enfant à participer aux activités des Aiglons
- J'autorise mon enfant à être transporté en voiture particulière ou en car dans le cadre des déplacements sportifs
- J'autorise les responsables des Aiglons ou les intervenants à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
- J'autorise les Aiglons à diffuser documents photographiques ou vidéo où pourrait figurer mon enfant (*raier en cas de refus*)
- Je m'engage ainsi que mon enfant à respecter le règlement des aiglons (*voir ci-joint*).
- Veuillez noter que les Aiglons donnent votre numéro de téléphone au moniteur de votre enfant.
- Pour le bon déroulement des cours et par respect pour les intervenants et les autres enfants, nous demandons une bonne **assiduité** aux cours.
- Merci de faire un chèque par activité et d'écrire au dos du chèque le nom de l'activité et celui de l'enfant.
- Pour tout paiement en liquide, pensez à nous demander un reçu.

DATE ET SIGNATURE précédée de la mention *Lu et approuvé* :