AUTORISATION PARENTALE

ASSOCIATION SPORTIVE LFTM 2016-2017

Je soussigné(e) ……Numéro de téléphone : / / /

Père – Mère -Tuteur de l'élève

NOM :……Prénom :……Classe :……

Souhaite l'inscrire à l'activité (aux activités) suivante(s) : Préciser la ou les activités choisies :

- -

- -

- Une cotisation de **6000 ouguiyas** **par activité** sera demandée pour l'année scolaire.
- Le certificat médical est OBLIGATOIRE
- Une assurance en RESPONSABILITE CIVILE est OBLIGATOIRE (certificat à remettre pour valider l'inscription)
- La responsabilité des animateurs ne saurait être engagée en dehors des créneaux d'activités. Par conséquent, les parents doivent impérativement faire preuve de ponctualité au moment de déposer et de récupérer les enfants.

RAPPEL : Aucune inscription ne sera faite si le dossier n'est pas complet.

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur……, exerçant à ……, certifie avoir examiné l'enfant : Nom……Prénom……

Né(e) le / / et n'avoir décelé à ce jour aucune contre-indication à la pratique des activités sportives suivantes :

Fait à ……le ……2016

Signature et cachet du médecin.