

AGIRAS

ANNEE :

PHOTO

**ACTIVITE
ACTIVITE
ACTIVITE**

**ADHERENT : ENFANT - ADULTE LORMONTAIS -COS
ADHERENT : ENFANT - ADULTE NON LORMONTAIS - COS**

**NOM
PRENOM
DATE ET LIEU DE NAISSANCE
ADRESSE
TEL DOMICILE TRAVAIL
PORTABLE
MAIL
PROFESSION
PROBLEMES DE SANTE
COORDONNEES MEDECIN TRAITANT
CONTACT EN CAS D'URGENCE**

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

**CERTIFICAT MEDICAL - 2 ou 3 ENVELOPPES TIMBREES
1 PHOTO - FICHE REMPLIE AVEC AUTORISATON PARENTALE**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné,e :

Domcilié, e :

TEL :

CERTIFIE AUTORISER L'ENFANT NOMME CI-DESSUS

***à pratiquer la ou les disciplines pour laquelle ou lesquelles il est inscrit
et à faire appel aux services médicaux d'urgence.***

A LORMONT, le

Signature précédée de la mention manuscrite " lu et approuvé "