

Dossier d'inscription Ateliers 2020-2021

Fournir certificat médical

		Adulte 1	Adulte 2
Nom - Prénom			
Date de naissance			
Adresse :			
Profession			
Téléphone	Domicile		
	Portable		
E-mail			

Personne à joindre en cas d'urgence : _____

Fournir le dernier avis d'imposition ou N°allocataire CAF : _____ QF : _____

Nom de l'Assurance : _____

N° Assurance Responsabilité Civile : _____

J'autorise Je n'autorise pas, la diffusion de **mon image** prise dans le cadre des activités

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des structures où moi-même inscrit(e) à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence

ATELIER(S) / STAGE(S) CHOISI(S) + JOUR(S) et HORAIRE(S)	
-	-
-	-
-	-

Fait à Chaponost, le :

Signature du représentant légal :