

YOGA DU RIRE enfants 5 à 7 ans

FORMULAIRE COMPLÉMENTAIRE



Veillez écrire lisiblement et en MAJUSCULE.

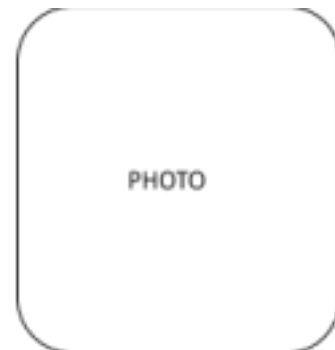
A apporter le jour du 1er cours après avoir fait l'inscription en ligne.

COURS : YOGA DU RIRE enfants 5 à 7 ans

ENFANT : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____



PARENT(S)

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Email : _____

Tél. (pendant les horaires de cours) : _____

Médecin traitant (nom, adresse et tél.) : _____

AUTORISATION

Je soussigné(e) M. ou Mme _____
autorise l'animatrice du cours de gymnastique à faire pratiquer en cas d'urgence sur mon enfant
une intervention chirurgicale ou tout autre soin que les secours médicaux jugeraient
nécessaires. Fait à _____ le _____ Signature :

J'accepte la diffusion de photos de mon enfant prises pendant les cours sur notre site
internet ou dans les journaux : oui non Signature :