

GYM BOUT'CHOU

FORMULAIRE COMPLÉMENTAIRE



Veuillez écrire lisiblement et en MAJUSCULE

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

COURS (jour/horaire) : _____

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

PARENT(S) ou REPRÉSENTANT(S) LÉGAL/LÉGAUX

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 :

