



Bulletin d'inscription

Week-end de percussions d'Afrique de l'Ouest - Stage jeune

30-31 mars à Quincerot

Coordonnées de l'enfant :

Nom et prénom :.....

Adresse :
.....

Né(e) le :.....

Coordonnées des personnes investies de l'autorité parentale :

Mère

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....
.....

Père

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....
.....

Numéros de téléphone où nous pourrions vous joindre en cas de problème :

N° portable :.....

N° fixe :.....

N° lieu de travail :.....

N° portable :.....

N° fixe :.....

N° lieu de travail :.....

Noms et coordonnées des personnes (autres que les parents) susceptibles de prendre l'enfant en charge à la fin des journées de stage :

Nom :.....

Prénom :.....

N° tel :.....

Lien de parenté :.....

Nom :.....

Prénom :.....

N° tel :.....

Lien de parenté :.....

Retour de l'enfant après le stage. Moyen de transport :.....

J'accepte que mon enfant reparte seul après le stage. Je refuse que mon enfant reparte seul après le stage.

Merci de signaler toute modification par écrits aux intervenants.

Remarques :

AUTORISATION DE CAPTATION ET DIFFUSION D'IMAGES

J'autorise l'association D'un instant à l'autre à filmer et photographier mon enfant lors du stage et à diffuser ces photos et vidéos sur son site internet et autres supports de communication de l'association.
L'association D'un instant à l'autre s'interdit toute exploitation commerciale de ces données.

OUI NON

Je soussigné(e) responsable légal de
..... certifie exact les renseignements déclarés ci-dessus.

Fait à, le, signature

QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM :..... PRENOM :.....

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? OUI NON

Si oui, lequel ?.....

EST-IL ALLERGIQUE À CERTAINS MEDICAMENTS ? OUI NON

Si oui, lesquels ?.....

A-T-IL D'AUTRES ALLERGIES (alimentaires, animales, ...) ? OUI NON

Si oui, lesquelles.....

GROUPE SANGUIN :.....

OBSERVATIONS DIVERSES.....
.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT :.....

TEL :.....

Autorisez-vous l'un des membres de L'association D'un instant à l'autre à véhiculer votre enfant en cas d'urgence ?

OUI NON

Je soussigné(e) responsable légal de
..... certifie exact les renseignements déclarés ci-dessus.

Fait à, le

signature