



**ANIMATIONS SPORTIVES MUNICIPALES  
SERVICE JEUNESSE ANIMATION**

Centre de découverte sportif et culturel

Animations Ados vacances

NOM : .....	Prénom : .....	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance : ..... / ..... / .....	Lieu de naissance (commune) : .....	Département de naissance : .....

**PARENTS ou TUTEURS LEGAUX**

MONSIEUR (NOM Prénom) : ..... n° tél. (travail) : .....

Adresse complète : .....

e-mail : ..... n° Tél (M) : ..... (Dom.) .....

MADAME (NOM Prénom) ..... n° tél. (travail) : .....

Adresse complète : .....

e-mail : ..... n° Tél (M) : ..... (Dom.) .....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM.....PRENOM.....

Tel.....

CONTRE-INDICATION MEDICALE.....

.....

Dans le cadre des animations nous autorisons la prise de photos ou de vidéos qui pourront être utilisées pour la réalisation de diaporamas ou de films.

Oui Non (entourer la réponse)

Signature