



ACRO SARTHE

Fiche Individuelle d'Inscription

« Stage AOUT 2025 »

25 et 26 août 2025

PARTICIPANT :

Nom: _____ Prénom: _____
 Date de naissance : _____ Nationalité : _____ Sexe : F M
 Adresse: _____
 CP: _____ Ville: _____
 @: _____ Ø _____
 N°de sécurité sociale: _____ Caisse: _____
 N°de mutuelle: _____ Nom de la mutuelle: _____
 Médecin Traitant: _____ Ø _____
 Allergies: _____ T _____
 Traitement en cours: _____
 Autre information Médicale _____
 En cas d'hospitalisation : Hôpital Clinique / Personne à prévenir : _____ Ø _____

Jours et heures de présence de votre enfant : (mettre une croix dans la ou les cases de votre choix)

	25/08/2025*	26/08/2025*
10 h - 12 h		
14 h - 16 h		

* Pas de déjeuner sur place possible

Tarifs : 2 heures = 25€, 1 journée = 40 €, 2 journées = 80€

Total à régler : _____

AUTORISATION PARENTALE

- J'autorise l'association ACRO SARTHE, à prendre en cas d'urgence, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités spécifiques organisées par l'encadrement.
- J'autorise la publication de photos, vidéos dans le cadre de l'activité sportive pour diffusion.

Fait à : _____ Le : _____

Nom et prénom du représentant légal : _____

SIGNATURE (précédée de la mention « Lu et approuvé»)

