




# 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: \_\_\_\_\_  
 @: \_\_\_\_\_   
 N°de sécurité sociale: \_\_\_\_\_ Caisse: \_\_\_\_\_  
 N°de mutuelle: \_\_\_\_\_ Nom de la mutuelle: \_\_\_\_\_  
 Médecin Traitant: \_\_\_\_\_   
 Allergies: \_\_\_\_\_ T  
 Traitement en cours: \_\_\_\_\_  
 Autre information Médicale \_\_\_\_\_  
 En cas d'hospitalisation : ☐ Hôpital ☐ Clinique / Personne à prévenir : \_\_\_\_\_ 

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 »)