

Camp Sport et Spi 2017
Du 7 au 15 juillet au Puy en Velay

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Adresse postale :

Adresse mail :

Téléphone fixe :

Téléphone portable des parents :

Téléphone portable du jeune :

Numéro de sécurité sociale :

Centre payeur : MSA Indre et Loire

CPAM Tours

Autres :

Inscrit à l'aumônerie St Vincent : Oui – Non

Remarques :

.....
.....
.....
.....

AUTORISATIONS DES PARENTS ou du responsable légal :

Je soussigné, autorise (prénom, nom)
à participer au camp d'été organisé par l'Association Le Fleuve du 7 au 15 juillet 2017 au Puy en Velay.

J'autorise la direction du camp - à faire participer mon fils / ma fille à toutes les activités organisées dans le cadre du camp - à mettre en œuvre les interventions médicales qui peuvent être reconnus nécessaires par un médecin.

Fait à le

Signature : (le responsable légal écrira « lu et approuvé »)