

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
 Nom et prénom du responsable légal :
 Adresse : Ville :
 Téléphone : Mail :
 Portable : autorise mon fils / ma fille * Né(e) le :
 à participer à l'opération « Pass”Sport Vacances 2018 » ou « Pass”culture » dans les activités suivantes :

EN JUILLET		
	ACTIVITES	DATES
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

EN AOÛT		
	ACTIVITES	DATES
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

* Rayer la mention inutile

Signature des parents :

CERTIFICAT MEDICAL de NON-CONTRE-INDICATION à la PRATIQUE SPORTIVE (de moins de 2 mois)

Je soussigné (e) :
 Docteur en médecine, demeurant :
 Certifie avoir examiné né (e) le :

Et n'avoir pas constaté à ce jour, aucun signe clinique contre-indiquant la pratique des sports suivants : (Entourer les sports contre-indiqués)

Water Polo
Judo
Beach Volley
Tir à la Cible
Tir à l'Arc

Rugby
Handball
Football
Boules
Tennis

Roller
BMX
Plongée (Initiation)
Randonnée
Karaté

NB : Pour les sports nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance de ce certificat (Plongée, etc.) se référer à la législation en vigueur :

Fait à :, le :

Cachet et signature du médecin :