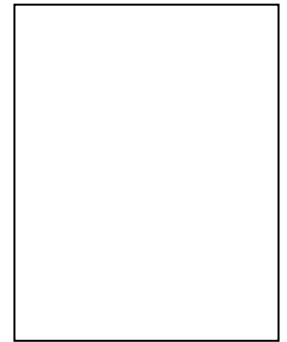


FEDERATION F.F.S.T.B

TWIRLING BATON DE ROMAINVILLE LES BATONS D'ARGENT



Nom de l'enfant (en majuscule) :

Prénom de l'enfant :

Sexe : M F

Date de naissance :

Adresse :

.....

Nom et prénom du chef de famille :

N° de sécurité sociale :

Nom et prénom de la personne à contacter en cas d'urgence :

.....

Adresse :

.....

Téléphone du domicile :

Téléphone du père :

Téléphone de la mère :

Adresse e-mail

AUTORISATIONS

- 1- En cas d'urgence, j'autorise l'autorité médicale à prendre toutes les dispositions en cas d'interventions médicales et chirurgicales, rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- 2- J'autorise mon enfant à emprunter les transports mis à sa disposition par le club de TWIRLING BATON pour les sorties.
- 3- Le TWIRLING BATON est responsable de l'enfant uniquement pendant la durée de son activité, s'il est présent. Il incombe à l'accompagnateur de l'enfant de faire le nécessaire pour le rechercher après le cours.
- 4- J'autorise.....à venir chercher mon enfant à la fin du cours.
- 5- J'autorise le club de Twirling « les Bâtons d'Argent » à utiliser sur son site Internet l'image de mon enfant :

Le :

Signature :