



St EUTROPE KARATE CLUB

Gymnase Lucien Cournand
Résidence Loubassane
Ave du Dr Bertrand
13090 AIX EN PROVENCE



NOM PRÉNOM DATE DE NAISSANCE POIDS.....

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE TEL

Portable :.....

Email :.....@.....

ÉCOLE FRÉQUENTÉE CLASSE

PROFESSION : Père.....Mère.....

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

ADRESSE TEL :.....

OBSERVATIONS CONCERNANT L'ENFANT(Medecin traitant) :

.....

AUTORISE le responsable de l'activité à prendre toute mesure qu'il jugerait utile en cas d'accident, y compris le transport de mon enfant dans l'établissement hospitalier le plus proche.

signature