



St EUTROPE KARATE CLUB
Gymnase Lucien Courmand
Résidence Loubassane
Ave du Dr Bertrand
13090 AIX EN PROVENCE

INSCRIPTION

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

POIDS.....

ADRESSE

.....

.

CODE POSTALVILLE

TEL :PORTABLE :TRAVAIL :

EMAIL :@

ÉCOLE FRÉQUENTÉE CLASSE

PROFESSION : PERE.....MERE.....

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

ADRESSETEL :

OBSERVATIONS CONCERNANT L'ENFANT (MEDECIN TRAITANT) :

.....

.

.....

.

.....

.

AUTORISE LE RESPONSABLE DE L'ACTIVITE A PRENDRE TOUTE MESURE QU'IL
JUGERAIT UTILE EN CAS D'ACCIDENT, Y COMPRIS LE TRANSPORT DE MON ENFANT
DANS L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER LE PLUS PROCHE.

SIGNATURE