



Fiche d'inscription

Ludi'Gym 6-10ans

☐ Adhérent ☐ Non Adhérent

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : | | | | | Lieu : _____

Nationalité: _____ Sexe: _____

Adresse: _____

CP: | | | | | Ville: _____

☎ Parent 1: | | | | | ☎ Parent 2: | | | | |

Mail: _____

Classe : _____

DROIT À L'IMAGE A COMPLETER

Je soussigné(e), M./Mme

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

la publication dans la presse, sur le site internet de l'AMGA, la plaquette de l'Association et sur les réseaux sociaux de l'AMGA, de photographies ou de films de moi-même ou de mon enfant, ou tout membre de la famille. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. Vous pourrez donc à tout moment en vérifier l'usage qui en est fait et vous disposez du droit de retrait de ces images si vous le jugez utile.

Signature :

PARTIE RESERVEE A L'AMGA DOSSIER RENDU LE : / /

Total réglé :

☐ Espèce	Montant :
☐ Carte bancaire	Montant :
☐ Virement bancaire	Montant :
☐ ANCV	Montant :
☐ Chèque UP	Montant :
☐ Chèque à l'ordre AMGA	Montant :



AUTORISATION PARENTALE FICHE D'URGENCE

Je soussigné/nous soussignés,

agissant en qualité de représentant/s légal/aux de l'enfant mineur :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Mutuelle : nom, adresse et téléphone :
.....

- l'autorise/l'autorisons à participer à toutes les activités organisées par le club de gymnastique de l'AMGA

En cas d'accident, les responsables de l'AMGA s'efforcent de prévenir la famille dans les plus brefs délais.

- j'accepte/ nous acceptons que mon/notre enfant soit hospitalisé/e en cas d'urgence et
j'autorise/nous autorisons les responsables de l'AMGA à prendre toutes les dispositions nécessaires à cet effet

Informations à caractère d'urgence

Si vous n'avez rien à signaler pour votre enfant merci d'indiquer « RAS ».

Groupe sanguin :

Allergies :

Contre indications médicamenteuses :

Problèmes médicaux à caractère d'urgence :

Traitements réguliers :

Directives médicales en cas d'urgence :

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'accident

N° de téléphone du domicile des parents :

N° de téléphone du travail de la mère : N° de mobile :

N° de téléphone du travail du père : N° de mobile :

Nom et n° de téléphone d'une personnes susceptible de prévenir les parents rapidement :

.....

Nom, adresse et n° du téléphone du médecin traitant :

.....

Fait à, le

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »