



COUPON REPONSE A RETOURNER POUR LE **10 février 2016**

A Ligue de Bourgogne TT, 48 Boulevard de la Marne 21 000 Dijon

(Accompagné du chèque de club de 115€ + 20€ le livret de formation, à l'ordre de LBTT)

Stage AF-JAF du 20 au 23 février 2017

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Numéro de licence :

CLUB : Clt :

Adresse :

..... E-mail :

Tél :

☐ Je participe au stage de formation AF-JAF.

Autorisation Parentale

Je soussigné, Monsieur ou Madame _____ agissant en qualité de père, mère, tuteur de l'enfant
_____ déclare :

Autoriser le (la) Directeur (rice) du stage à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.

☐ OUI

☐ NON

Date : _____

Signature des parents : _____

Contre indications ou allergies :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

