

FEUILLE DE RENSEIGNEMENT GYMNASTE

CPS-PO GAM 2018/2019

Feuille à retourner à l'ATD (MILANI Laurent: 25 voie des mares 91700 Villiers sur Orge)

CLUB

Titre de l'association :

Adresse :

C.P. : Ville : Tél : Fax :

Correspondant – Nom : Prénom :

Adresse :

C.P. : Ville : Tél : Fax :

@ :

GYMNASTE

NOM : PRENOM : date de naissance :

Adresse :

C.P. : Ville :

N° de S.S :

N° de licence :

Lieux des centres CPS :

RESPONSABLE LEGAL

NOM : PRENOM :

Adresse :

C.P. : Ville :

N° Téléphone : Père : Travail : Portable :

@ :

Mère : Travail : Portable :

@ :

Personne à contacter si nécessité :

En cas d'accident, j'autorise le représentant du CPS à prendre toutes les dispositions d'urgences et conduire mon enfant vers l'hôpital le plus proche.

Fait à Le

Signature