

# FEUILLE DE RENSEIGNEMENT GYMNASTE CPS-PO GAM 2017/2018

Feuille à retourner à l'ATD (MILANI Laurent: 28 rue Albert Fouilleret 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**