

# COURS ANNUELS PIT AIR PAN 2017-2018

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Créneau souhaité : Jours : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**OBLIGATOIRE** : Certificat médical d'aptitude à la pratique de l'acrobatie

Problème de santé, etc...

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ parent ou tuteur légal du mineur suscité (ou personne majeure suscitée).

- Autorise et accorde au responsable de l'activité à prendre, sur avis médical, toutes dispositions nécessaires en cas d'accident.
- Autorise les responsables à prendre des photos et vidéos pendant les activités et à les utiliser pour la promotion des activités proposées.
- Déclare avoir pris connaissance des Règlements Cours Annuels ainsi que du Règlement Intérieur de PIT AIR PAN et m'engage à les respecter.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_