

COURS ANNUELS TOP TRAMPO

2024-2025

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.
- Déclare avoir pris connaissance des Règlements Cours Annuels ainsi que du Règlement Intérieur de PITAIRPAN et m'engage à les respecter.

Date : _____ Signature : _____