



# STAGE

## TOUSSAINT - Octobre 2018

### Stagiaire

Nom :

Prénom :

Sexe:  M  F

Date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Licencié ASMT:  OUI  NON

Téléphone : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale: \_\_\_\_\_

### Correspondance

Adulte responsable :

PÈRE

MÈRE

TUTEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

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

Ville :

Tél : \_\_\_\_\_

Port : \_\_\_\_\_

E-mail :

### Personne à contacter en cas d'urgence (si différente)

Nom :

Prénom :

Tél : \_\_\_\_\_

Port : \_\_\_\_\_

### Restrictions alimentaires

Aucune

Sans viande

Sans porc

Autres : .....

Allergies : .....



## Tarifs

**Licenciés ASMT – Semaine : 180 €**

**Licenciés ASMT – Journée 40 €**

**Non-licenciés – Semaine : 200 €**

**No-licenciés ASMT - Journée : 45 €**

- Lundi 22 Octobre
- Mardi 23 Octobre
- Mercredi 24 Octobre
- Jeudi 25 Octobre
- Vendredi 26 Octobre

**Total : \_ \_ \_ €**

## Modalités de règlement

- Chèques
- Espèces
- Autres (Chèques Vacances, Bons CAF, Participation CE) : .....

## Autorisation parentale

Je soussignée Mr / Mme .....

Autorise mon enfant .....

à participer à toutes les activités organisées par l'AS Misérieux Trévoux.

J'autorise le responsable du stage à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires en cas d'accident et/ou de problèmes de santé nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale d'urgence.

J'autorise l'AS Misérieux Trévoux à utiliser l'image de mon enfant (photos et vidéos) pour tout support de communication, et ce, sans qu'aucune compensation financière puisse être exigée de ma part.

À retourner complété à :  
AS Misérieux Trévoux  
325 Allée des Filiéristes  
01 600 TRÉVOUX

Fait à: .....

Le: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

**Signature**, précédée de la mention «Lu et approuvé»: