

AUTORISATION PARENTALE FORMATION INITIATEUR DE CLUB

CLUB : _____

N° Licence joueur : _____

Nom et Numéro de téléphone de l'Entraîneur : _____

Je soussigné Mme – M. *(Nom et Prénom) :

(Mère-Père-Tuteur *) de (Nom et Prénom) :

* confirme sa participation au Stage Initiateur de Club : du 27 au 30/10/2020

* J'autorise le Responsable du Stage à prendre toute mesure d'urgence (soins, médecin, ou hospitalisation) le cas échéant.

Merci de donner les coordonnées sociales (numéro de sécurité sociale couvrant l'enfant, obligatoire) :

.....

Numéros de téléphone à contacter (obligatoire) :

* La journée :de.....H.....à.....H.....

* autrement :de.....H.....à.....H.....

Renseignements complémentaires :

1) L'enfant est-il sous traitement actuellement ? OUI NON

Quel est ce traitement ?

.....

2) L'enfant connaît-il actuellement des problèmes de santé ? OUI NON

Lesquels ?

.....

3) Remarques éventuelles des parents : _____

Fait leà.....

Signature du Parent :

Cette fiche est à renvoyer impérativement **pour le 21 octobre 2020**
accompagnée du règlement correspondant au :

Secrétariat du Comité du Nord de Tennis de Table
42 Rue Jules Roch 59310 ORCHIES