

**STAGE d'août aux Auxons TT**

**7 rue du Stade 25870 Les Auxons**

Contact : Jean-Pierre VAYSSE 06 71 84 25 12 ou Tahar 06 51 67 68 92

**DOCUMENT REPONSE A RETOURNER OBLIGATOIREMENT**

A Jean-Pierre VAYSSE 12 Route des Chenevières 70190 Cordonnet

Ou par mail : bureau@lesauxonstt.fr

*(Accompagné du chèque ASC Les Auxons section TT ou paiement sur place si cela vous arrange)*

Nom : .....

Prénom : .....

CLUB : .....

Catégorie ou âge : .....

Tél : .....

Contact mail : .....

Je serai présent le (indiquez les jours)

.....  
.....  
.....

**Autorisation Parentale**

Je soussigné, Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_ agissant en qualité de père, mère, tuteur de l'enfant  
\_\_\_\_\_ déclare :

Autoriser le (la) Directeur (rice) du stage à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.

OUI

NON

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

Signature des parents : \_\_\_\_\_

Contre-indications ou allergies :

**Personne à prévenir en cas de nécessité :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_