



(Association Multi Sports Passion)

Tel: 06.63.90.26.97

FICHE D'INSCRIPTION

Saison ____ / ____

ROLLER ENFANTS de 7 à 12 ans

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Tel Domicile..... Tel Portable :

Tel Portable : Mail.....

Certificat médical d'aptitude à la pratique du Roller ou

Le questionnaire de santé

1 Photo d'identité

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M(me) autorise l'A.M.S.P

- à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence
- à prendre des photos de mon enfant en activité

Date et signature précédées de la mention « lu et approuvé »