

**FICHE D'INSCRIPTION**

Saison \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ROLLER ADULTES et ADOS de 13 ans et +**

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**

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

- à me faire hospitaliser en cas d'urgence

- à me faire prendre en photo en activité

- 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 »