

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 »