

RENSEIGNEMENTS : (*Enfants ou jeunes*)

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

REPRESENTANT LEGAL :

Nom :

Prénom :

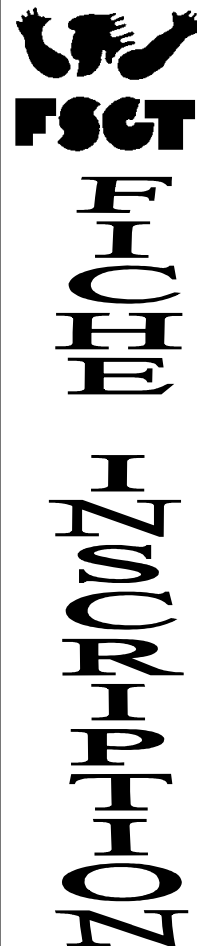
Date de Naissance :

Adresse (si différente) :

Téléphone :

Mail :

Présent aux séances pour l'assurance : oui / non
(si oui une licence « assureur » sera souscrite)



DROIT A L'IMAGE :

Je suis expressément informé, et j'autorise, que des images puissent être prises de mon enfant et utilisées ultérieurement pour diffusion par la FSGT ou des médias partenaires, sur des supports papier, vidéo, web, à des fins promotionnelles de l'association.

Fait à :

Le :

Signature :