

ASSOCIATION MADINILINK

ACTIVITE DE LOISIRS :

Filles Garçon

Nom/Prénom :

Né(e) le à

Adresse.....

S'agit-il de son premier centre ? Oui Non

Responsable légal :

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Tél. : Dom. Portable :

Profession : Tél. :

Conditions de règlement :

Le prix comprend : les assurances, les activités, l'encadrement, le transport, les éventuelles taxes de séjour et l'alimentation

Autorisation parentale :

Je soussigné(e)

après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement des activités de l'association Madinilink, déclare y souscrire et autorise mon enfant à y participer.

En outre, j'autorise les responsables à faire soigner mon enfant et pratiquer toutes les interventions d'urgence, selon les prescriptions du corps médical consulté, et je m'engage à rembourser l'association Madinilink, le montant des frais médicaux avancés.

A, le 201.

« lu et approuvé »

Signature obligatoire du parent

ASSOCIATION MADINILINK

ACTIVITE DE LOISIRS :

Filles Garçon

Nom/Prénom :

Né(e) le à

Adresse.....

S'agit-il de son premier centre ? Oui Non

Responsable légal :

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Tél. : Dom. Portable :

Profession : Tél. :

Conditions de règlement :

Le prix comprend : les assurances, les activités, l'encadrement, le transport, les éventuelles taxes de séjour et l'alimentation

Autorisation parentale :

Je soussigné(e)

après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement des activités de l'association Madinilink,, déclare y souscrire et autorise mon enfant à y participer.

En outre, j'autorise les responsables à faire soigner mon enfant et pratiquer toutes les interventions d'urgence, selon les prescriptions du corps médical consulté, et je m'engage à rembourser l'association Madinilink,, le montant des frais médicaux avancés.

A, le 201.

« lu et approuvé »

Signature obligatoire du parent