COUPON REPONSE A RETOURNER

 à la Ligue de Bourgogne Franche-Comté TT, 48 bd de la Marne 21000 DIJON

et

yjacquier.ctlfc@gmail.com

STAGE Régional à Macon (71) du 22 au 26 avril 2024

Nom :…………………………….............................................................................................................

Prénom :…………………………………………………………............................................................

CLUB : ……………………………………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Tél :………..………………………………..

Numéro de Sécurité Sociale : …………………………………………..

Médecin traitant (nom et coordonnées) :………………………………………………......................

……………………………………………………………………………………………………………

 O Je participe au stage

 O Je ne participe pas au stage

**Autorisation Parentale**

Je soussigné,……………………………. agissant en qualité de père, mère de l'enfant …………………… déclare :

Autoriser le (la) Directeur (rice) du stage à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d’accident de l’enfant, toutes mesures d’urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l’hospitalisation.

O OUI O NON

Date : Signature des parents :

Contre-indications ou allergies :

**Personne à prévenir en cas de nécessité :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Email :