

Nom et prénom du stagiaire :

Date de naissance :

		Cocher
Mardi 13 Février / Riorges	Matin - Manual	<input type="checkbox"/>
	Après midi - Saut	<input type="checkbox"/>
Mercredi 14 Février / Riorges	Matin – Tactique de course	<input type="checkbox"/>
	Après midi – Technique départ	<input type="checkbox"/>
Jeudi 15 Février / Mably	Matin - Manual	<input type="checkbox"/>
	Après midi - Saut	<input type="checkbox"/>
Vendredi 16 Février / Mably	Matin – Technique de base	<input type="checkbox"/>
	Après midi - Mécanique	<input type="checkbox"/>

Autorisation parentale de soins d'urgence

J'autorise les responsables présents à prendre toutes les mesures qu'ils jugent nécessaires pour préserver l'état de santé de mon enfant.

Personne à contacter en cas d'urgence :

Tel Fixe :

Tel Portable : /

Je certifie avoir pris connaissance de l'intégralité du dossier et accepte les conditions.

Fait à....., le

Signature des parents :