



# NON ADHERENTS AU CLUB

## STAGE DU 22 AVRIL AU 3 MAI 2024

MAIL : [contact@gymagres.saint-avertin-sports.fr](mailto:contact@gymagres.saint-avertin-sports.fr) (A RENVOYER PAR MAIL)

TEL : 06.48.80.50.49

NOM ET PRENOM DE LA GYM :

DATE DE NAISSANCE :

COURRIEL :

N° TELEPHONE :

ADRESSE :

GYM LICENCE UFOLEP :

OUI  NON

NOM DU CLUB :

PLANNING :

Autorisation parentale : Je soussigné(e), ..... , autorise mon enfant à participer au stage prévu le :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
GROUPES	22/04	23/04	24/04	25/04	26/04
<b>N6/N5/N4/N3/N2</b>	9h30 à 12h30 6€				Journée 15€
<b>N8/N7</b>	13h à 17h 8€		13h à 17h 8€		Journée 15€
<b>PC</b>	13h à 17h 8€		13h à 17h 8€		
<b>PA/PB</b>		13h à 17h 8€		13h à 17h 8€	
<b>Gym urbaine</b>		13h à 17h 8€			

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
GROUPES	29/04	30/04	02/04	03/04
<b>N6/N5/N4/N3/N2</b>	9h30 à 12h30 6€			Journée 15€
<b>N8/N7</b>	13h à 17h 8€			Journée 15€
<b>PC</b>	13h à 17h 8€		13h à 17h 8€	
<b>PA/PB</b>		13h à 17h 8€	13h à 17h 8€	
<b>Gym urbaine</b>		13h à 17h 8€		

Signature :



# NON ADHERENTS AU CLUB STAGE DU 22 AVRIL AU 3 MAI 2024

## REGLEMENT :

Via Hello Asso (lien internet ou QR code) :



<https://www.helloasso.com/associations/sas-gym-agres/evenements/sas-gym-agres-stage-vacances-de-printemps>

## DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e), ....., agissant en qualité de représentant légal de ....., autorise :

-La prise d'une ou plusieurs photos ou vidéos la représentant  OUI  NON

-La diffusion et la publication de vidéos sur le site du SAS gym-agrès ou sur nos réseaux sociaux :

OUI  NON

FAIT A..... LE.....

Signature :

## AUTORISE MON ENFANT A REPARTIR SEUL :

OUI  NON

Si non, merci d'indiquer le nom de la personne autorisée à venir chercher votre enfant si différent des représentants légaux : .....

FAIT A..... LE .....

Signature :

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM ET PRENOM : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

## INFORMATIONS ET AUTORISATION MEDICALES :

J'atteste que mon enfant est à jour dans ces vaccinations obligatoires :  OUI  NON

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON Si oui lequel ? .....



## **NON ADHERENTS AU CLUB** **STAGE DU 22 AVRIL AU 3 MAI 2024**

DES ALLERGIES ALIMENTAIRE     OUI     NON                      ASTHME     OUI     NON

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES     OUI     NON                      AUTRES     OUI     NON

MALADIE CONNUE     OUI     NON      Si oui, laquelle ? .....

SOUHAITEZ VOUS NOUS FAIRE PAR DE DIFFICULTES DE SANTE OU PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....  
.....

Pour les non adhérents au sas et non licenciés Ufolep, veuillez remplir le questionnaire de santé

Pour les majeurs, veuillez fournir un certificat médical

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires selon l'état de l'enfant.

FAIT A.....

LE.....

Signature :