



FICHE D'INSCRIPTION
Stage Epée H2024
Du 08 mars au 10 mars au CREPS de REIMS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TIREUR :

Nom : Prénoms :
Date de Naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone (portable) : @mail : @.....
Club : Département :
Arme / catégorie...../..... Numéro de licence :

OBLIGATOIRE

MODALITES D'INSCRIPTIONS :

- ↳ Soit par l'intermédiaire de votre club s'il centralise les inscriptions (votre club a reçu copie du dossier)
- ↳ Soit par vous-même en informant obligatoirement les responsables de votre club (Président(e), Maître d'armes...)
- ↳ Merci de joindre au dossier votre règlement de **90 €** par chèque **libellé à l'ordre de : «Comité Régional d'Esgrime Grand Est – CREGE»** et à retourner à : **Site Champagne-Ardenne 19, avenue du Général Sarrail – (Complexe Gérard PHILIPPE) - 51000 CHALONS.**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e):.....
En qualité de (*) : *père/mère/tuteur*, autorise l'enfant (Nom, prénom) à participer au stage d'Epée H2024 du 08 au 10 mars 2018 au CREPS de Reims
organisé par le Comité Régional d'Esgrime Grand Est.
Adresse du responsable légal :
Code Postal : Ville :
Téléphones (fixe et portable) : @mail : @.....
J'atteste avoir pris connaissance des différents documents joints : Autorisation d'hospitalisation et fiche sanitaire.

(*) rayer la mention inutile

Date :

Signature :

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Monsieur, Madame.....

Tuteur légal de

* Autorise les responsables du stage régional à procéder à l'hospitalisation de notre enfant si cela s'avère nécessaire.

* N'autorise pas les responsables du stage régional à procéder à l'hospitalisation de notre enfant si cela s'avère nécessaire.

* J'autorise également les éventuelles interventions chirurgicales.

* Je n'autorise pas les éventuelles interventions chirurgicales

(*) rayer la mention inutile

Groupe sanguin obligatoire :

Traitement médical :

Allergies :

.....

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE

Repas sans porc : OUI NON

Repas végétarien : OUI NON

Allergies(s) alimentaires : OUI NON

Si oui, précisez.....

POUR VOUS CONTACTER LORS DU STAGE

Adresse :.....

Téléphones :.....

Date :

Signature :

POUR NOUS CONTACTER LORS DU STAGE

Maître VERON Herbert

06.43.01.03.46

Joindre obligatoirement la fiche sanitaire CERFA N°10008*02 Téléchargeable sur le site de la Ligue
<http://ligueescrimechampard.fr>