LA MANCHE

ESCRIME

Comité Départemental d'Escrime de la Manche

Président : Jean- Louis Lamy

10 place du G de Gaulle 50190 PERIERS

STAGE :

Ville ou club d'accueil du stage :Saint-Lô du 26 au 28 avril 2014 à 17h

Le responsable du stage est : Maitre Stéphane Gouhier

Adresse du lieu de déroulement du stage : Salle Fernand Beaufils 50000 Saint-Lô
Adresse de l'organisme d'hébergement : Internat du Bon Sauveur Rue Elisabeth de Surville 50000 Saint-Lô
Les stagiaires seront accueillis le 1er jour sur le lieu du stage* Demi-pensionnaires
le lieu d'hébergement* Pensionnaires

Renseignements concernant le stagiaire :

NOM : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____ à _____
Adresse complète : _____
_____

Nombre d'année de pratique de l'escrime : _____ ans. ARME : _____.

N° de licence : _____ Club : _____.

Renseignements médicaux

N° de sécurité sociale : _____
Nom, adresse et N° de l'organisme gestionnaire (case en haut à gauche de la carte de sécurité sociale) :
_____
_____

N° de la mutuelle, nom et adresse de la mutuelle : _____
_____

Antécédents médicaux : _____
_____

Je, soussigné (Mr ou Mme) _____,
représentant légal, inscrit : mon fils*, ma fille*, mon (ma) pupille* à ce stage d'escrime.

N° de téléphone personnel : _____ N° de portable : _____
N° de téléphone au travail : _____

J'autorise le responsable du stage, dont le nom est mentionné ci-dessus, à prendre toute disposition utile en cas d'accident, de maladie ou d'indiscipline.

Je suis informé(e) qu'en cas d'urgence extrême ou d'impossibilité de me joindre, le responsable du stage pourra être amené à prendre des dispositions concernant les soins à donner à mon enfant ou à mon (ma) pupille.

Ci-joint un chèque d'un montant de _____€ à l'ordre du Comité Départemental d'Escrime de la Manche, comme règlement des frais du stage.

Signature
(*lu et approuvé*)

(*) Rayer les mentions inutiles