

## FICHE D'INSCRIPTION

### **SEANCE UFO BABY**

De : **10H à 11H**

A retourner à L'US Chambray VB

Par courriel : [contact@uschambray-volley.fr](mailto:contact@uschambray-volley.fr)

**Inscription avant le 20 OCTOBRE 2023**

<b>Stagiaire</b>	<b>Coordonnées</b>
Nom : .....	Adresse.....
Prénom : .....	Code Postal : ..... Ville : .....
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Email : .....
Date de Naissance : ...../...../.....	N° Téléphone : .....

### **Informations responsable légal**

Responsable légal du stagiaire :  Père  Mère  Tuteur  Tutrice

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone à domicile : .....

Téléphone Mobile : .....

Téléphone Travail : .....

**Autorise**  **N'autorise pas (Cochez la case correspondante)**

A faire pratiquer sur (Nom et Prénom du Stagiaire) :

.....

- Les soins médicaux qui apparaîtraient utiles :  OUI  NON

- Toute intervention (Hospitalisation ou anesthésie) qui apparaîtrait nécessaire

OUI

NON