

**FICHE D'INSCRIPTION**

**CATÉGORIE**

Association       Entreprise       Particuliers

Nom de l'équipe : .....

Équipier A :

Nom/Prénom : .....

Âge : .....

Ville : ..... Quartier : .....

Téléphone : ..... Numéro d'urgence à joindre : .....

Certifie que mon état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives, culturelles et/ou socio-éducatives.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la ou le responsable de l'événement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicalement justifiée, notamment tout examen, investigation et/ou intervention des équipes médicales nécessités par mon état, y compris l'anesthésie générale.

Autorise  N'autorise pas la mairie à me prendre en photos, me filmer ou me faire interviewer par des journalistes ou des photographes dans le cadre de l'événement.

**Signature**

**Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**

Équipier B :

Nom/Prénom : .....

Âge : .....

Ville : ..... Quartier : .....

Téléphone : ..... Numéro d'urgence à joindre : .....

Certifie que mon état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives, culturelles et/ou socio-éducatives.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la ou le responsable de l'événement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicalement justifiée, notamment tout examen, investigation et/ou intervention des équipes médicales nécessités par mon état, y compris l'anesthésie générale.

Autorise  N'autorise pas la mairie à me prendre en photos, me filmer ou me faire interviewer par des journalistes ou des photographes dans le cadre de l'événement.

**Signature**

**Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**

**SI MINEUR, AUTORISATION PARENTALE**

ÉQUIPIER A :

Nom/Prénom : .....

Nom/Prénom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Quartier :..... Commune : .....

Tél. joignable en cas d'urgence : .....

Type de couverture sociale, N° de la couverture sociale et date de  
validité : .....

Mon enfant souffre-t-il de maladies graves ? Oui – Non. Si oui, lesquelles ?  
.....

Suit-il un traitement ? Oui - Non. Si oui, lequel ? .....

A-t-il des allergies ? Oui - Non. Si oui, lesquelles ? .....

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant :  
.....

Autorise mon/mes enfant(s) à participer à la Caiss'Kiroule

**Signature du responsable légal**

**Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**

**SI MINEUR, AUTORISATION PARENTALE**

ÉQUIPIER B :

Nom/Prénom : .....

Nom/Prénom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Quartier :..... Commune : .....

Tél. joignable en cas d'urgence : .....

Type de couverture sociale, N° de la couverture sociale et date de  
validité : .....

Mon enfant souffre-t-il de maladies graves ? Oui – Non. Si oui, lesquelles ?  
.....

Suit-il un traitement ? Oui - Non. Si oui, lequel ? .....

A-t-il des allergies ? Oui - Non. Si oui, lesquelles ? .....

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant :  
.....

Autorise mon/mes enfant(s) à participer à la Caiss'Kiroule

**Signature du responsable légal**

**Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »**