

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Activités Cyclistes

CREON-VELO-CLUB

Année:2011/2012

NOM de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance:

Nom, Prénom, Adresse, et N° de tel du PERE:

.....
.....

Nom, Prénom, Adresse, et N° de tel de la MERE:

.....
.....

Nom et N° de Tel du médecin traitant de l'enfant:

.....
.....

En cas d'urgence, nom et adresse de l'établissement hospitalier où vous voulez que votre enfant soit admis:

.....
.....

Personnes susceptibles de venir chercher votre enfant

Nom	Lien	Adresse	Téléphone

Date

Signature des parents