



À remplir en lettres capitales*



Nom* _____

Prénom _____

Date de Naissance ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa)

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Tél. _____ Bureau _____

Portable _____ E-mail _____ @ _____

AUTORISE LE P.B.C

- À transporter leur enfant sur le lieu de la compétition.
- En cas de blessure lors d'un tournoi, à le conduire au centre médical le plus proche (cabinet médical, centre hospitalier, clinique) si nécessaire.

Et s'engage à vérifier la présence du/des responsables en début de créneau et à être à l'heure pour reprendre leurs enfants.

L'enfant rentre par ses propres moyens : OUI NON

Allergie(s) OUI _____

Conduite à tenir : _____

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

1 - _____ Tél. _____ Portable _____

2 - _____ Tél. _____ Portable _____

SIGNATURE(S)

