

Inscription aux cours d'escalade

Association UZ'ESCALADE 2015/16

Nom et prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Nom/ prénom de la mère : Portable :

Nom/prénom du père : Portable :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphones Fixe :

Adresses email (père et mère): en majuscule svp.

J'autorise mon enfant à être véhiculé occasionnellement par un membre de l'association UZ'ESCALADE dans sa voiture personnelle afin de se rendre sur les différents sites d'escalade.

OUI NON

Un certificat médical est exigé pour l'activité de l'escalade.
L'année commencée sera due.

Date :

Signature (parents) :

Ne pas remplir

N°.licence CAF.....Certificat Med. (...../...../.....)

Médecin :

Payé: Chq.

Esp

Date :

Tél.: 06 37 07 87 16 - 06 65 17 56 57-
uzescalade@live.com