



AS LYON-CALUIRE HANDBALL

FICHE D'INSCRIPTION A UN STAGE DE L'AS LYON-CALUIRE HANDBALL

(Stage HB M15 - 25 au 29 octobre 2021. Responsable du stage:Xavier Chantreuil)

Je soussigné autorise mon enfant à participer au stage de handball qui se déroulera au GYMNASSE ANDRE LASSAGNE à Caluire du Lundi 25/10/2021 au Vendredi 29/10/2021 de 9H00 A 17H00

JOUR(S) POSSIBLE(S)

-5 jours Jours Possible :lundi;mardi;mercredi;jeudi;vendredi prix :135€

-3 jours LMM Jours Possible :lundi;mardi;mercredi prix :95€

-3 jours MJV Jours Possible :mercredi;jeudi;vendredi prix :95€

Pour les enfants mineurs, les autorisations parentales et d'évacuation et de soins doivent être remplies par le responsable légal.

En cas d'annulation d'inscription de votre part après la date du 15/10/2021, le club se réserve le droit de garder le règlement à titre de frais de dossier, excepté si vous fournissez un justificatif du médecin.

En cas d'accident, le remboursement est basé sur le prix du séjour restant dû.

AUTORISATION D'EVACUATION ET DE SOINS

Autorise (OUI ou NON) mon enfant l'équipe de direction d'AS LYON CALUIRE HANDBALL à prendre, sur avis médical, toutes dispositionsnécessaires en cas d'accident.

Allergie ou situation de santé particulière :.....

AUTORISATION DE TRANSPORT

Autorise (OUI ou NON) mon enfant à emprunter les moyens de transport mis à sa disposition par L'AS LYON CALUIRE HANDBALL.

Je m'engage à ne pas intervenir juridiquement contre L'AS LYON CALUIRE HANDBALL en cas d'accident.

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES

Autorise (OUI ou NON) l'AS LYON CALUIRE HANDBALL à prendre en photo l'enfant ci-dessus cité pendant les activitésau sein de l'AS LYON CALUIRE HANDBALL.

AUTORISATION DU RETOUR AU DOMICILE

Autorise (OUI ou NON) mon enfant à rentrer par ses propres moyens après l'évènement.Dans le cas contraire, les parents devront venir chercher leur enfant au GYMNASSE ANDRE LASSAGNE
Il est important de noter qu'en dehors des horaires de l'évènement, l'enfant est sous la responsabilité des parents.

Pour les non licenciés

Nom et prénom du représentant légal

Adresse :.....CP: VILLE:.....

Mail :.....Téléphone :

Fait à

Le

Signature