



JOURNEE DECOUVERTE

NOM, Prénom :

Adresse :

Portable parents :

Mail parents :

Date de naissance :

Nationalité :

Pied fort :

Poste :

Club actuel :

NOM, prénom et numéro de téléphone de l'éducateur :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,demeurant
à.....
autorise ma fille.....née le...../...../.....licenciée au club de
A PARTICIPER à la journée découverte du : (possibilité d'en faire plusieurs, merci de
cocher les dates désirées)

Mardi 2 Novembre

Mercredi 3 Novembre

Jeudi 4 Novembre

De 10h à 12h au Stade Fred Aubert (terrain synthétique)

Je dégage le Stade Briochin de toute responsabilité en cas d'accident ou de blessure
survenu dans le cadre des activités proposées.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,
Autorise par la présente à faire pratiquer tout acte médicale ou intervention chirurgicale
urgente que nécessiterait l'état de santé de mon enfant
Personne à contacter en cas
d'urgence :

Téléphone domicile :Téléphone travail :

Date :

Signature du ou des parents « lu et approuvé » :

Document à retourner complété par mail : contact@stadebriochin.com . Pour tout complément d'information contactez
Leslie Sychareunh (responsable de la section féminine) au 06 07 41 64 39