

STAGIAIRE 1

NOM : PRENOM :

Date de naissance : _____ âge dans la saison 23/24 _____ Féminin Masculin

STAGIAIRE 2

NOM : PRENOM :

Date de naissance : _____ âge dans la saison 23/24 _____ Féminin Masculin

STAGIAIRE 3

NOM : PRENOM :

Date de naissance : _____ âge dans la saison 23/24 _____ Féminin Masculin

Un membre de votre famille a-t-il déjà été adhérent ou stagiaire à Imhotep : oui non

RESPONSABLE 1 MERE PERE AUTRE

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

☎ DOM : _____ 📱 PORTABLE : _____

✉ MAIL : _____

RESPONSABLE 2 MERE PERE AUTRE

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : (Idem) _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

☎ DOM : (Idem) _____ 📱 PORTABLE : _____

✉ MAIL : _____

AUTRE RESPONSABLE PENDANT UNE PERIODE DE STAGE

QUALITE : GRAND PERE GRAND MERE AUTRE PRECISER : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

☎ DOM : _____ 📱 PORTABLE : _____

EN CAS D'ACCIDENT : J'autorise les responsables de l'association présents,

à prendre toutes les mesures nécessaires face à l'urgence : OUI NON

En signant ce document, j'accepte le règlement intérieur de l'association. (Consultable sur le site ou au bureau.)

FAIT LE _____ Signature du responsable _____

Ne pas remplir