



Attaque Simple Riposte

Inscription

NOM de naissance	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
NOM d'usage	<input type="text"/>		
Sexe	masculin <input type="checkbox"/>	féminin <input type="checkbox"/>	Date de naissance <input type="text"/>
Latéralité	droitier <input type="checkbox"/>	gaucher <input type="checkbox"/>	
Nationalité	<input type="text"/>		
Pays de naissance	<input type="text"/>	Ville de naissance	<input type="text"/>
Date du certificat médical	<input type="text"/>	Date du questionnaire de santé négatif	<input type="text"/>

ADRESSE

TELEPHONES

Personnel	<input type="text"/>
Fixe domicile	<input type="text"/>

MAILS

Personnel	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>

SI MINEUR

Portable Père	<input type="text"/>
Portable Mère	<input type="text"/>
Portable Autre	<input type="text"/>
Mail Père	<input type="text"/>
Mail Mère	<input type="text"/>
Mail Autre	<input type="text"/>

RENTRE SEUL APRES LE COURS

OUI

NON

Etablissement scolaire

Profession des parents

Je soussigné : Responsable légal de l'enfant :

Autorise le président ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DANS TOUS LES CAS

Autorise l'ASR à diffuser dans un contexte non commercial et pour l'usage du club des vidéos et photos prises en support à la pratique

Date : ___/___/___

« Lu et approuvé »