

**NOM :** .....

**Prénom :** .....  
(1<sup>er</sup> enfant)

**Né le :** .....

Licencié dans un club sportif oui  non

Si oui, lequel : .....

**Certificat médical :** .....

**Prénom :** .....  
(2<sup>ème</sup> enfant)

**Né le :** .....

Licencié dans un club sportif oui  non

Si oui, lequel : .....

**Date certificat médical :** .....

STAGE		24 au 28 Février	02 au 06 Mars
<b>SEMAINE COMPLETE</b>			
<b>Lundi</b>	Journée		
	Matin		
	A. Midi		
<b>Mardi</b>	Journée		
	Matin		
	A. Midi		
<b>Mercredi</b>	Journée	**	**
	Matin		
	A. Midi	**	**
<b>Jeudi</b>	Journée	*	
	Matin		
	A. Midi	*	
<b>Vendredi</b>	Journée		
	Matin		
	A. Midi		

**En raison de l'activité proposée :**  
**Prévoir 5 € supplémentaire \* / 10€ supplémentaire \*\***  
 Suppléments concernant **seulement les inscrits à la carte**  
 Coût maximal de la semaine : 110€ quelle que soit la formule

**Adresse :** .....

**CP :** ..... **Ville :** .....

**Tel Père :** .....

**E-mail :** .....@.....

**Tel Mère :** .....

**E-mail :** .....

**Audre(s) n° urgence:** .....

MONTANT A REGLER		
	NOMBRE	A REGLER
Semaine complète = 110 €		
Journée à 25 €		
Journée à 30 €		
Journée à 35 €		
½ journée à 15 €		
½ journée à 20 €		
½ journée à 25 €		
<b>COUT TOTAL</b>		

**Moyen de paiement**

Chèque (ordre Alerte Chambérienne)

Espèces

Emetteur : .....

N° : .....

Autres

Je soussigné .....représentant légal

De(s) l'enfant(s).....

Autorise  n'autorise pas /mon enfant à quitter le stage sans accompagnateur

Autorise  n'autorise pas /la diffusion de l'image de mon enfant sur tous type de supports : presse, ouvrage, vidéo, site internet du club... (En cas de refus de votre part, le visage de votre enfant sera rendu flou et sera non identifiable).

**Chambéry le :**

**Signature :**