



DOSSIER D'INSCRIPTION

Fiche sanitaire

Personnes à prévenir en cas d'urgence : (prénom/nom/téléphone domicile/téléphone portable)

.....
.....
.....

Antécédents médicaux :


.....
.....

Nom et tel du médecin traitant :

Je soussigné(e) agissant en qualité de Père - Mère - Tuteur autorise l'enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par Foot Corse Académie. J'autorise les organisateurs à se substituer en moi, en cas d'urgences, pour tous les actes nécessaires à la sécurité ou à la santé

Remarques :

CONTACT

 06 1693 53 57

 foot-corse-academie@orange.fr