



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

A retourner à :

MAJESTIC FORCE

23/25 RUE JEAN JACQUES ROUSSEAU

75001 PARIS

TEL : 06 82 40 93 26

YAMAKASI – ART DU DEPLACEMENT – COURCHEVEL 2011

Cocher le stage choisi	
Dimanche 03/07 au samedi 09/07	
Dimanche 17/07 au samedi 23/07	
Dimanche 24/07 au samedi 30/07	
Dimanche 07/08 au samedi 13/08	
Dimanche 14/08 au samedi 20/08	

Participant au stage	
NOM	
PRENOM	
DATE NAISSANCE	
SEXE	

RESPONSABLE LEGAL : Père, mère, tuteur (Rayer la mention inutile)

Madame, Monsieur, Prénom

Adresse

Code postal..... Ville

E.Mail (merci d'écrire très lisiblement)@.....

N° tél domicile/...../...../...../..... N° tél portable/...../...../...../..... Autre numéro/...../...../...../.....

A qui téléphoner en cas d'urgence pendant le stage : NOM prénom :

N° de tél/...../...../...../.....

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Nous,
soussignés.....

père, mère, responsable légal du jeune

Autorisons le directeur du stage à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions médicales.

Autorisons notre enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre du stage.

Nous engageons à les respecter et à régler le solde du stage avant le départ.

Coût du stage

Du lundi 9H00 au samedi 15H00

Tarif incluant dans la journée : les déjeuners et les goûters

Tarif n'incluant pas l'hébergement au Centre Lionel Terray

TOTAL

320.00 €

ACOMPTE DE 50 % A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Fait à

Date.....

Signature,

majestic force sarl

R.C.S. PARIS B 480 258 995 Code APE 921 A

Siège social 23/25 RUE JEAN JACQUES ROUSSEAU 75001 PARIS France

www.add-academy.com

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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