



Bulletin d'Inscription
Camp d'été du 10 au
13 Juillet 2017

NOM:

PRENOM :

Date de naissance:

Numéro de licence:

CLUB : Nombre d'années de
pratique:

Positions défensives (3 positions au choix):
.....

Adresse :

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

Tel fixe

Tel port

Mail 1

Mail 2

Ci-joint(s) chèque(s) de 50€ à l'ordre du **MUC BARRACUDAS Baseball**,

Fait à

Le

Signature:





AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e).....
Demeurant
(1) père, mère, tuteur légal de l'enfant
(Nom et prénom),

Autorise le responsable du MUC BARRACUDAS BASEBALL, ou son représentant, à prendre toute décision relative à une intervention chirurgicale, après m'avoir contacté(e).

N'autorise pas une intervention chirurgicale sur mon enfant sans ma présence.

Numéro de sécurité sociale du responsable :

Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM):

Fait à, le
Signature précédée de la mention « lu et approuvé»

AUTORISATION DE SORTIE DE CENTRE HOSPITALIER

Je soussigné(e).....
Demeurant
(1) père, mère, tuteur légal de l'enfant
(Nom et prénom),

Autorise N'autorise pas

Mon enfant (Nom et prénom) à sortir de l'établissement hospitalier qui lui a donné les soins accompagné(e) et sous la responsabilité du responsable du MUC BARRACUDAS BASEBALL ou son représentant.

Fait à, le
Signature précédée de la mention « lu et approuvé»

(1) Rayer les mentions inutiles



