



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Personne à joindre en cas d'accident.....

Tél portable : \_\_\_\_\_ / Tél domicile : \_\_\_\_\_

Assurance (NOM et n°).....

Médecin de famille ..... Tél \_\_\_\_\_

Dernier rappel antitétanique le ...../...../.....

Allergies  oui  non

Si oui, précisez.....  
.....

Asthme  oui  non

Centre de soins : clinique / hôpital de .....

Observations et contre-indications particulières : .....  
.....

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné docteur..... certifie avoir examiné ce jour l'enfant..... Né(e) le ...../...../..... et le/la déclare apte à la pratique des activités physiques et sportives.

Fait à ..... le / /

Signature et cachet

## AUTORISATION PARENTALE

Nous soussignés, M., Mme.....autorisons :

- Les ETAPS à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de notre enfant (soins divers, hospitalisation, etc...)
- Notre enfant à partir seul à la fin des activités
- L'utilisation de l'image de notre enfant pour la Commune de Nogent-sur-Marne, en photographie et/ou vidéos (magazine de Nogent, site internet de la ville)

## ASSURANCE A FOURNIR (Responsabilité Civile de l'adhérent)

## JUSTIFICATIF DE DOMICILE (à fournir)

## REGLEMENT INTERIEUR

J'atteste avoir lu et accepté les conditions du Règlement Intérieur du CNIS

Fait à ..... le / /

Signature du payer si différent des parents

Signature des parents