



## ***FICHE D'INSCRIPTION ADULTE***

Nom et Prénom :

Age :

Né(e) le : à :

Nationalité : Sexe :

Adresse Permanente :

Tel :

Mail :

Personne à contacter en cas d'urgence:

Nom :

Tel :

Je soussigné(e).....autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer, toute intervention chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par mon état de santé. Dans ce cas, je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes dont l'avance aurait été faite.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales et particulières d'inscription au stage.

Fait le : à :

Signature