

NOM	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Code Postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Tél. Port 1	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Tél. Port 2	<input type="text"/>	Tél. Domicile	<input type="text"/>

Je certifie l'exactitude de ces renseignements et avoir pris connaissance du règlement intérieur de la section et de l'établissement qui l'accueille.

EVREUX le,

Signature de l'adhérent :

( ou de son représentant légal )

**ADHERENT MINEUR – AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) M. / Mme. , responsable légal de l'adhérent mineur inscrit ci dessus,

- Autorise la section Natation de l'ALM Evreux à prendre mon enfant en photo collective pour la réalisation et la vente de son calendrier

- Autorise les responsables de la section à faire exécuter par le corps médical les premiers soins qui s'imposent, en cas de blessures ou maladie, et de l'orienter vers le centre hospitalier le plus proche.

EVREUX le,

Signature du représentant légal :

**Cadre réservé à la section**

Jours :	LU <input type="checkbox"/>	MA <input type="checkbox"/>	ME <input type="checkbox"/>	JE <input type="checkbox"/>	VE <input type="checkbox"/>	Montant de la cotisation : <input type="text"/> €	
Créneaux :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>			
Act. Enfants :	APP0 <input type="checkbox"/>	App1 <input type="checkbox"/>	App2 <input type="checkbox"/>	PERF1 <input type="checkbox"/>	PERF2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> P.T.L <input type="text"/> €
Act. Adultes :	Aquagym <input type="checkbox"/>	App <input type="checkbox"/>	PERF1 <input type="checkbox"/>	PERF2 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Chèques <input type="text"/> €
Compétition :	ENF / Poussins <input type="checkbox"/>	Compétition <input type="checkbox"/>	Maitres <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> A.N.C.V <input type="text"/> €
LICENCE :	Certif. Médical <input type="checkbox"/>	Prélevts. Sang. <input type="checkbox"/>	Garant. Complet. <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Espèces <input type="text"/> €	
						N° Reçu : <input type="text"/> / <input type="text"/>	

**Observation :**