



LE LICENCIÉ :

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :

Adresse :

.....

Code Postal : ____ _

Ville :

.....

N° de portable :

.....

N° de fixe :

..... Email :

RESPONSABLE LÉGAL // personne à contacter en cas d'urgence :

Père / Mère / autre :

.....

Nom :

.....

Prénom :

.....

Adresse :

.....

Code Postal : ____ _

Ville :

.....

N° de portable :

.....

N° de fixe :

.....

Email :

.....

Profession du père :

.....

Profession de la mère :

.....

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Père / Mère / autre :

.....

Nom :

.....

Prénom :

.....

Adresse :

.....

Code Postal : _ _ _ _ _

Ville :

.....

N° de portable :

.....

N° de fixe :

.....

E-mail :

.....

À SIGNALER :

Blessures :

.....

Allergies :

.....

Asthmatique : OUI NON

Traitement régulier : OUI NON

Sioui, lequel :

.....

CHEERLEADERS VIKINGS

Chez Mme Elisa Vandecaveye—9rued'Orléans—59650 Villeneuve d'Ascq

Tel : 06 28 81 91 06 – **Mail :** cheerleading.vikings@gmail.com Association
de loi 1901 – W595023975 – SIREN : 805 350 873 000 16 – Code APE : 93.12Z