

**Nom :****Prénom :****Adresse :****Date de naissance :****En cas d'accident:****Nom et N° tél de la personne à prévenir en cas d'accident:****N° Téléphone domicile :****Adresse e-mail:****N° Téléphone portable :**

Activités	Jours	Heures

Je soussigné(e).....(1),
 déclare m'inscrire à l'InterVal ,pour l'année scolaire en cours et autorise, le cas échéant, la prise de toutes mesures médicales me concernant en cas de nécessité (traitements médicaux, hospitalisations, anesthésies, interventions chirurgicales)
 Je déclare par cette inscription avoir pris connaissance et accepter le Règlement Intérieur.

Fait à Saint-Mandé, le :/...../.....

Signature de l'utilisateur*Précédée de la mention « lu et approuvé »***(1)** Nom et prénom