

FORMULAIRE

Inscription IPS / AUTORISATION PARENTALE

→ *Jesoussigné(e) * :*

Madame

Mademoiselle

Monsieur

→ Nom : → Nom de JF :

→ Prénom :

→ Adresse :

→ Code postal : → Ville

→ ☎ : → Mail :@.....

→ *en tant que représentant(e) légal(e) de * :*

→ Lien

Parents

Tuteur Légal

Autre Ascendant

Collatéral

→ Nom : → Nom de JF :

→ Prénom :

→ Date de naissance : / / → Ville de naissance :

→ Département (ou pays) de naissance :

→ Adresse :

→ Code postal : → Ville

→ ☎ : → Mail :@.....

→ *l'autorise à :*

Partiper à une session Initiation aux Premiers Secours (IPS) organisée par la Croix-Rouge

→ *Personne à prévenir en cas d'urgence :*

→ Nom : → Prénom :

→ Adresse :

→ Code postal : → Ville

→ ☎ : → Mail :@.....

→ *Date et signature :*

Fait à : le : / /

Signature du représentant légal :

Signature du participant :

* Merci de joindre une copie des cartes d'identité du participant et du représentant