



**LES ACTIVITES SPORTIVES
EN CENTRE DE VACANCES
« JUDO »**

Documents à compléter par les parents, le médecin, et à joindre au dossier d'inscription.

CENTRE :du..... au..... 20..

PARENTS

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant.....a
pratiquer les activités sportives (Judo) proposées sur le séjour en centre de vacances
à.....du.....au.....20..

DATE :

SIGNATURE :

MEDECIN

CERTIFICAT MEDICAL (daté de moins de trois mois)

Je soussigné(e)docteur en médecine certifiée, après examen médical, que
l'enfant.....a été reconnu apte à la pratique des activités
physiques et sportives.

Fait à.....le...../...../.....

Signature et cachet du médecin :

Point Vacances Sport Conseil – 13 Avenue de la Trillade - 84000 AVIGNON

F / Fax : 04.90.14.98.50 E.mail : pvsc@neuf.fr

« Association Tourisme Agrée » N° AG 084 06 0001

« Agrément des associations de jeunesse et d'éducation populaire N° 98-06 »

Siret : 38352965800031 – Code APE : 927C