

Youth Sports-Card

2024/2025

Par la présente, je, _____, père/mère/tuteur de

NOM	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
CP Domicile	_____		
Téléphone	_____	Email :	_____

soussigne la carte de membre du Youth Sports de ma fille/mon fils.

TUTEURS

Mère	_____	Père	_____
Nom, prénom	_____	Nom, prénom	_____
Téléphone	_____	Téléphone	_____
	_____		_____

Je permets aux responsables du Kanton Reiden Sports à prendre les mesures qui s'imposent pour faire assurer, en cas d'urgence, les soins médicaux nécessaires à mon enfant.

Je reçois la carte de membre après paiement de la cotisation annuelle de 15,00 €.

La carte de membre garde sa validité jusqu'à la fin du mois de septembre de l'année scolaire en cours.

Le soussigné déclare avoir lu et approuvé les conditions générales ci-jointes et les accepte.

_____, le _____.

à retourner signé s.v.p.

Signature