

**Association JAPAJO**  
**49 impasse des genêts**  
**59254 Ghyvelde**  
**Tel 06 10 99 16 47**  
[japajoski@gmail.com](mailto:japajoski@gmail.com)  
**Site internet : japajo.com**

**Agrafer ou Coller légèrement ici**  
**deux photos d'identité format**  
**35x25 mm**

L'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Né(e) le : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Parents ou tuteur légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Tel pers : ..... Tel bureau : .....

Mail : .....

Renseignements **OBLIGATOIRES** concernant l'enfant:

Taille debout : ..... Pointure : ..... Poids : .....

**Nombre de semaines** de pratique du ski alpin .....

**Nombre de semaines** de pratique du surf .....

Inscription :

Madame, monsieur : .....

inscrit mon fils, ma fille pour la semaine

du : ..... au : .....

en ski alpin  en surf (+50€)

Casque\* à louer (8€)  Personnel

Assurance annulation OUI NON (17€ voir site internet pour les conditions)

Autorise l'Association Japajo à diffuser des images et prises de vues de mon enfant sur

tous supports (Site internet, Facebook Twitter .....). Cocher la case\*

\* Cette autorisation est obligatoire

et m'engage à verser le solde du séjour avant le 20 janvier 2019, sauf condition spéciale de paiement, en accord avec l'association.

Fait à : ..... Le : .....

! N'oubliez pas de joindre votre règlement de 200 € à votre dossier d'inscription.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales consultables sur le site de L'Association.

## AUTORISATION D'OPERER

### ET D'ANESTHESIER\*

Nous soussignés **M. Mme.** (noms, prénoms) :

.....

.....

Tel Portable : .....

donnons l'autorisation d'anesthésier et d'opérer l'enfant (nom, prénom) :

.....

.....

en qualité de\*\* : .....

Nous déclarons avoir la responsabilité de la garde légale de l'enfant désigné ci-dessus.

Fait le : .....

à : ..... à ..... heures.

**Noms, prénoms, signatures des parents ou tuteur légal :**

Remarques des parents ou du tuteur.....

.....

.....

.....

\* Cette autorisation nous nous sera demandée par l'hôpital

\*\* Parents ou tuteur légal