



# BREAKDANCE - Association - AC2N

Téléphone :	Mail :
-------------	--------

### J'autorise mon enfant :

Prénom :	Nom :
Adresse :	Date de Naissance :

à participer aux cours de Breakdance et aux manifestations culturelles mis en place par l'Association AC2N et à respecter les règles sanitaires durant toute l'année. Aucun remboursement ne sera consenti. J'autorise la prise de vue et la publication sur laquelle l'enfant apparaît et sur les différents supports de communication et sans limitation de durée. J'autorise le transport de mon enfant dans le cadre des projets de l'association AC2N .

Signatures :

Lu et Approuvé(e)

### ASSURANCE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, .....  
 déclare être assuré en responsabilité civile et individuelle.  
 Compagnie d'Assurance : .....  
 Numéro de Sociétaire : .....

### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) DOCTEUR.....  
 Certifie avoir examiné l'Enfant.....  
 Né(e) le.....et avoir constaté à la date de ce jour  
 aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique d'activités sportives et de la danse hip hop .  
 à.....Le...../...../20.....

### Cachet du Médecin de Famille

AC2N : Parc St Georges - Impasse César 13170 Les Pennes Mirabeau  
 Contact : 06-18-14-80-67 - Mail : ac2ndoc@hotmail.com

[www.ac2npaca.org](http://www.ac2npaca.org)

