

**ENTENTE ATHLETIQUE RIVOISE** - Chez Mr Roger PRIMARD – 12 Rue des Primevères 38140 RIVES Tél: 06.83.63.99.51  
rogerjeanine.primard@laposte.net ou chez Mme ROJON Nadine 895 Route de Pied Barlet 38500 ST NICOLAS DE MACHERIN Tel:  
04.76.06.01.66 / 06.85.76.86.46 Email nadine.rojon@gmail.com

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAISON 2023 - 2024**

### **PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (ou son représentant légal)**

**NOM :** ..... **Prénom(s):** .....

Né (e) le : ..... à : .....

Département : .....

Nationalité:..... Sexe: M F (*raier la mention inutile*)

**Mentionner le nom inscrit sur la boîte aux lettres si différent :** .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... VILLE.....

**Adresse E-mail :** .....@.....

**(Important pour la communication interne)  
Ecrire lisiblement - merci**

Téléphone Portable parents : .....

Téléphone Portable Athlète: .....

Téléphone autre : .....

Téléphone Domicile : ..... **Préciser si vous êtes sur liste rouge, ce numéro ne sera pas communiqué.**

***Pour les enfants mineurs:***

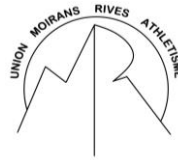
*Nom et Prénom(s) du représentant légal:*

.....

### **Date et signature obligatoire de l'athlète ou des parents (si mineur)**

Fait à .....le,.....

*Signature*



**ENTENTE ATHLETIQUE RIVOISE** - Chez Mr Roger PRIMARD – 12 Rue des Primevères 38140 RIVES Tél: 06.83.63.99.51  
 rogerjeanine.primard@laposte.net ou chez Mme ROJON Nadine 895 Route de Pied Barlet 38500 ST NICOLAS DE MACHERIN Tel:  
 04.76.06.01.66 / 06.85.76.86.46 Email nadine.rojon@gmail.com

## ***RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES SAISON 2023 - 2024***

### **POUR LES ENFANTS MINEURS EN CAS D'ACCIDENT**

Autre N° de téléphone en d'absence (2 numéros si possible):.....

.....

### **REMARQUES PARTICULIERES CONCERNANT L'ENFANT:**

- GROUPE SANGUIN: .....

- ALLERGIE A CERTAINS MEDICAMENTS (à préciser):

.....  
 .....  
 .....  
 .....

- AUTRES:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 ...  
 .....

### **AU CAS OU UNE HOSPITALISATION SERAIT INDISPENSABLE:**

SI NOUS SOMMES A RIVES OU PROCHE, L'ENFANT DOIT ETRE CONDUIT AU CENTRE HOSPITALIER DE:

.....  
 .....

Nous autorisons les dirigeants de l'EA RIVES (UMRA sous-section RIVES) à prendre les décisions qu'ils jugeront les meilleures en l'absence des parents.

Fait le .....SIGNATURE DES PARENTS