

Academie de Golf de Fontvieille



Golf d'Allauch - 04.91.07.28.22

2009-2010

à compter
du 19/9/2009

Dossier N°

NOM..... PRENOM.....

NOM de famille des parents

AGE.....

DATE DE NAISSANCE __ / __ / ____

TEL :

PORTABLE :

ADRESSE.....

.....

.....

CP.....VILLE.....



@..... [écrire en majuscules]

AU CHOIX 1H30/SEMAINE : 350€ (sauf baby golf 1H = 250€)*

Chèques à l'ordre de Dodds Practice

	MERCREDI	SAMEDI
MATIN	10h à 11h <input type="checkbox"/> baby – 8 ans* 11h à 12h30 <input type="checkbox"/> 8 à 10ans 10h à 11h30 <input type="checkbox"/> (sous réserve)	10h à 11h <input type="checkbox"/> baby – 8ans * 11h à 12h30 <input type="checkbox"/> 8 à 10ans
APRES-MIDI	à partir de 10 ans 14h à 15h30 <input type="checkbox"/> D/M/C	à partir de 10 ans 14h à 15h30 <input type="checkbox"/> D/M/C

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e).....père, mère, tuteur légal de l'enfant.....
déclare autoriser mon enfant à participer aux activités de l'école de Golf et autorise l'enseignant / directeur du Practice à prendre le cas échéant toutes mesures nécessaires en cas de soins blessures superficielles, d'accident ou d'urgence de santé, y compris de permettre l'hospitalisation ou l'intervention médicale par les services compétents en cas d'accident dont serait victime mon enfant.

Acceptez-vous dans le cadre de son cours de golf que votre enfant soit filmé ou photographié seul ou un groupe.

Signature des Parents

(Précédé de la mention « lu et approuvé »)

fait à Marseille le :

-----CADRE RESERVE AU CLUB – NE PAS REMPLIR-----

N° LICENCE :

CLUB.....

Paiement : € par le

Observation :

Certificat médical 2009

Certificat médical 2010

(chèque à l'ordre de : DODDS PRACTICE)