## Cercle royal d'Escrime Tournaisien - 2024-25

## SUL

## FICHE SIGNALITIQUE ET DONNEES ADMINISTRATIVES.

| Information membre.  |  |
|--|--|
| Nom: DEBLOCA Prénom:                                       | OSCAR.   |
| Date et lieu de naissance : 16./12./.1.2.11. àCarri        | Rt. a. F/M   |
| Tél: 0179/5-3655 Email:                                    |  |
| Nationalité :  |  |
| J  |  |
| Informations générales.                                    |  |
| Adresse de courrier :                                      |  |
| Nom : DCBLOCA Prén   | om: Osche  |
|  |  |
| Rue :de Quie vie hank Nr.6  Code postal : 15.43 Localité : |  |
| Code postal : Localite : Localite :                        | Pays:  |
| DADENIT 1  | PARENT 2   |
| PARENT 1   |  |
| Nom: DESTOCH Prénom: VINCENT                               | Nom: Duplat Prénom: Ceule  |
| Rue : Nr : F   | Rue : Nr :   |
| Code postal : Localité :                                   | Code postal : Localité :   |
| Tél: 6479/533652   | rél: 0473/352413   |
| E-Mail: Volabloogs goal Con                                | -Mail: Ce ale suplate and lacon.                                 |
|  |  |
| Autre personne autorisée à venir chercher l'enfar          | nt :   |
| Mme/Melle/ Mr.   |  |
|  |  |
| Informations médicales.                                    |  |
|  |  |
|  |  |
| A  | Me u tél. urgent : 0479 / 5-3655                                 |
| Coordonnées du médecin et de l'hôpital préférentiel.       |  |
| DEBLOG TIERRE  |  |
| Je soussigné (e) Ce a le Dupi AT                           | accorde au Cercle Royal Escrime Tournaisien, ses                 |
| représentants et toute personne agissant avec l'autoris    | ation de l'organisme la permission irrévocable de publier sur le |
| site internet de l'association toutes les photographies o  | ou vidéos prises de moi (et ou) de mes enfants dans la cadre     |
| des activités du Club et ce durant la période de mon a     | dhésion aux sections, quel que soit le lieu et l'horaire.        |
| Je donne procuration au représentant du C.R.E.T. po        | ur prendre, en notre nom, les mesures médicales                  |
| et/ou urgentes qui s'avéreraient nécessaires, s'il n'a     | pu nous contacter au préalable.                                  |
| OUI / NON  | Fait à lournoi le Ol 39. 24                                      |
|  | Signature  |