

## FICHE D'INSCRIPTION ENFANTS ECOLE MULTI-SPORTS-LOISIRS

3 - 4 ans Matin  5 ans Matin  6 - 12 ans A-M.

ROLLERS 8 – 12 ans  ZUMB'ADOS à partir de 9 ans

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AGE A LA DATE D'INSCRIPTION : \_\_\_\_\_

### **RENSEIGNEMENTS RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

TELEPHONE FIXE : \_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

TELEPHONE PORTABLE : \_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

PROFESSION DES PARENTS : \_\_\_\_\_

N° SECURITE SOCIALE couvrant l'enfant : \_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

PERSONNE(S) HABILITEE(S) A RECUPERER L'ENFANT : Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT : \_\_\_\_\_

**TARIFS** : LICENCE 26€ 1er ENFANT CHATO  21€ 2<sup>ème</sup> ENFANT et +  EXTERIEUR 28€/23€

**1 LICENCE offerte si l'un des deux parents est déjà inscrit à l'association**

**3 - 5 ANS** 144€  OU 6 X 24€  **6 - 12 ANS** 174€  OU 6 X 29€

**SECTION ROLLERS** 156€  OU 6 X 26€  **ZUMB'ADOS** 144€  OU 6 X 24€

#### REGLEMENT

Nous acceptons Espèces, Chèques, Coupons sport, Chèques vacances, Pass'Châto, Pass'Maternelle  
Chèques à l'ordre de LA PALESTRE ATTENTION depuis le 1er Juillet les chèques sont valables 6 mois

Paiement par chèque : Nom de la banque : \_\_\_\_\_ Nom du titulaire des chèques : \_\_\_\_\_

Nombre de chèques : \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ € (Cotisations) + 1 x \_\_\_\_\_ € (Licence)

Merci de noter au crayon, au dos de chaque chèque, les nom et prénom du bénéficiaire des activités.

ESPECES  PASS'CHATO  PASS'MATERNELLE

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :

Représentant légal de l'enfant :

AUTORISE / N'AUTORISE PAS (barrer la mention inutile)

L'association à photographier mon enfant durant les activités, à diffuser et à stocker cette image sans limitation de temps, uniquement sur le **site de la Palestre**.

A , le

Signature

## AUTORISATION

Je soussigné (e),

Responsable de l'Enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Ecole Multi-Sports-Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Déclare avoir pris connaissance du **règlement intérieur** sur présentation de ce document lors de l'inscription de mon enfant.
- Déclare avoir fourni **un certificat médical** de non contre indication à la pratique sportive de loisirs datant de moins de 3 mois (uniquement pour les nouveaux sinon merci de remplir le questionnaire de santé, et **une photo d'identité**).
- Déclare avoir pris connaissance des conditions d'accueil des enfants avant et après l'activité.

**Tenue sportive exigée,  
(chaussures de sport fermées, vêtements de sport, casquette, eau)**

**Les bonbons et jeux personnels sont interdits.**

Date :

Signature du représentant légal :

## REGLEMENT INTERIEUR (à lire attentivement et à signer)

L'Association **SPORTS-LOISIRS-SANTE LA PALESTRE CHATEAURENARD** est une association Loi 1901, à but non lucratif et a pour objectif :

- **La pratique de l'activité physique et sportive de loisirs**
- **De fournir dans tous les milieux sociaux l'épanouissement, le développement de l'individu par la pratique des activités physiques à toutes les périodes de la vie**

Affiliée **F.F.E.P.G.V.**, elle soutient le **Concept SPORT-PREVENTION-SANTE** basé sur la gestion du capital santé de l'individu par la pratique de l'activité sportive.

En cas **d'interruption d'activité**, il pourra être envisagé un remboursement **seulement sur présentation d'un certificat médical**. Le bureau se réserve toutefois le droit d'émettre un avis favorable ou non après avoir examiné le dossier.

En cas **de mauvais temps** pour les activités d'extérieur, seule l'équipe d'animation décidera de la modification des activités, elle vous en informera **par affichage sur le lieu de l'activité**.

### Chaque membre est tenu de fournir sous peine d'exclusion :

- **Un certificat médical datant de moins de 3 mois à la date d'inscription, de non contre indication à la pratique de l'activité physique qui devra être précisée par le médecin ou d'avoir rempli et signé le questionnaire de santé si j'ai été licencié à l'association en 2016/2017.**
- **Une tenue sportive correcte, adaptée à l'activité (Chaussures de sport, vêtement de sport, eau, casquette).**

***Nous rappelons aux parents qu'ils sont tenus d'accompagner leur(s) enfant (s) sur les lieux d'activité aux horaires indiqués ainsi que d'informer l'équipe d'animation de son arrivée et de son départ.***

***Aucune autorisation ne sera donnée aux parents pour laisser rentrer seul l'enfant chez lui. Au-delà des horaires prévus, l'association ne sera pas responsable en cas de problèmes. Nous vous rappelons aussi que seuls les enfants inscrits et licenciés sont habilités à utiliser les structures et le matériel réservés à l'activité.***

Durant les séances, l'association **ne sera pas responsable** en cas de perte, vols ou détérioration d'objets de valeur personnels.

**L'équipe d'animation a l'entière responsabilité de l'enseignement, de la discipline et de la sécurité. Elle devra s'assurer du respect des consignes données. Dans le cas contraire, elle en fera référence au bureau.**

Afin que toutes nos activités se déroulent dans la sécurité, et la convivialité, nous vous demandons de bien vouloir respecter le règlement sus-dit sous peine d'exclusion par décision du Conseil d'Administration.

Fait à Châteaurenard le 1<sup>er</sup> septembre 2017

Signature (Mention « Lu et approuvé »)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### MINEUR ACCUEILLI

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_ **GARCON**  **FILLE**  **POIDS :** .....kg

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

**MEDECIN TRAITANT :** \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS** *Le tableau ci-dessous sera accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé*

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

**1 – Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?**

Allergies alimentaires OUI  NON  Préciser à quoi .....

Allergies Médicamenteuses OUI  NON  Préciser à quoi .....

Autres allergies OUI  NON  Préciser à quoi .....

Asthme OUI  NON

Diabète OUI  NON

Epilepsie OUI  NON

Autres OUI  NON  A Préciser .....

**2 - Le mineur suit-il un traitement médical régulier ?** OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être donné sans l'ordonnance.

**3 – Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, antécédents d'accident, d'opération ...)**

**RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS (l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie, REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER)**

**Responsable légal du mineur :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_

*Les informations communiquées restent confidentielles.*