



Stage Multisports

FICHE D'INSCRIPTIONS ET SANITAIRE DE LIAISON

DU 25 Février AU 1^{er} Mars 2019

DOSSIER A RENDRE COMPLET A PARTIR DU 7 Janvier 2019

CP AU CM2

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

NOM :

ECOLE :

PRENOM :

CLASSE :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

FILLE GARCON

CENTRE DE LOISIRS

VOTRE ENFANT FREQUENTERA T'IL LE CENTRE DE LOISIRS LA MEME SEMAINE ? OUI NON

QUEL EST LE CENTRE FREQUENTE PAR VOTRE ENFANT ? PUIITS DU GUE EUGENE ISABEY

UNE NAVETTE ENTRE LE CENTRE ET LE STAGE MULTISPORTS EST ASSUREE.



MERCI DE COMPLETER LE TABLEAU DES PRESENCES EN PAGE ANNEXE.

RESPONSABLE PARENTAL

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTALE :

VILLE :

SITUATION FAMILIALE : Mariés/ Pacsés/ Concubins / Famille Monoparentale/ Divorcés/ Séparés

N° SECURITE SOCIALE :

EMAIL :@.....

COORDONNEES

MERE

PERE

N° TELEPHONE DOMICILE :

N° TELEPHONE PORTABLE :

N° TELEPHONE PROFESSIONNEL :

NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS :

NUMERO DE TELEPHONE :

ASSURANCE

JE CERTIFIE QU'IL (ELLE) EST ASSURE(E) EN RESPONSABILITE CIVILE ET EN RISQUES INDIVIDUELLES A :

COMPAGNIE D'ASSURANCE : POLICE N° :

LIEU DE RENDEZ VOUS ET INFORMATIONS

ACCUEIL DE 8H30 A 9H30 A LA MONTEVRAIN SPORT ACADEMIE, 14 RUE DE ROME MONTEVRAIN

FIN DE L'ACTIVITE A 17H30



PREVOIR UN GOUTER, UNE TENUE DE SPORT (UNE PAIRE DE BASKET QUI SERA UTILISEE UNIQUEMENT A L'INTERIEUR)

ET UNE BOUTEILLE D'EAU.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SANTÉ

ASTHME : OUI NON

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : OUI NON

AUTRES :

PAI (PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) : OUI (SI OUI FOURNIR UNE COPIE) NON

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT :
.....

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (AVEC OU SANS PORC/ AVEC OU SANS VIANDE ETC..) :
.....

EN CAS D'ALLERGIE, PRECISEZ LA CAUSE ET LA CONDUITE A TENIR :
.....

AUTRE CONTRE-INDICATION MEDICALE :
.....

RECOMMANDATIONS UTILES (VOTRE ENFANT PORTE T'IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHESES, ETC ..) :
.....

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? OUI NON

SPECIFIEZ LE NOM DU OU DES MEDICAMENT(S) :

AUTORISATIONS

JE SOUSSIGNE(E)PERE/ MERE/ TUTEUR, AUTORISE A RENTRER SEUL A L'ISSUE DE LA JOURNEE DE STAGE MULTISPORTS.

EN CAS D'ACCIDENT, J'AUTORISE LES EDUCATEURS DU SERVICE DES SPORTS A PRENDRE, LE CAS ECHEANT, TOUTE MESURE (TRAITEMENT MEDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUES NECESSAIRES PAR L'ETAT DE L'ENFANT.

J'AUTORISE LA PRISE DE PHOTOS ET VIDEOS DE MON ENFANT ET L'UTILISATION EVENTUELLE DANS LES OUTILS D'INFORMATIONS MUNICIPALES.

J'AUTORISE LE SERVICE DES SPORTS A VEHICULER LES ENFANTS ENTRE LES DIFFERENTS LIEUX D'ACTIVITES.

DATE : SIGNATURE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL,

PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE »

DOCUMENTS A FOURNIR :



- PAIEMENT DE 75€ (CHEQUE A L'ORDRE DU TRESOR PUBLIC OU ESPECES)
- COPIE DU CARNET DE VACCINATION (SAUF DEJA INSCRIT A L'EMS)
- JUSTIFICATIF DE DOMICILE (SI NON SCOLARISE A MONTEVRAIN OU NE FREQUENTANT PAS LES CENTRES DE LOISIRS)

DOSSIER COMPLET ET ACCOMPAGNE DU PAIEMENT A RETOURNER AU SERVICE DES SPORTS. A L'ESPACE POLYVALENT MATTHIEU DOUCET.

0645516510 /educateur@mairie-montevrain.com

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (nom/prénom) Agissant en qualité de
(père/mère), autorise mon enfant (nom/prénom)

(Cocher la case souhaitée)

- à rentrer seul(e)

- à être récupéré(e) par (nom/ prénom)

Fait à MONTEVRAIN, le

Signature

TABLEAU DE PRESENCES AU CENTRE DE LOISIRS

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
SOIR					

*COCHER LES CASES QUI CORRESPONDENT AUX JOURS DE PRESENCE DE VOTRE ENFANT AU CENTRE.