



## 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 2017/2018.**
- **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 2018

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.*