

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 SI VOUS AVEZ FOURNI UN CERTIFICAT MEDICAL EN 2018/2019 et **une photo d'identité POUR LES NOUVEAUX SEULEMENT**.
- 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 SANTE** de l'individu par la pratique de l'activité sportive.
- **REMBOURSEMENT** Aucun remboursement en cours d'année n'est envisageable sauf en cas **d'interruption d'activité** (accident ou maladie) **justifiée par un certificat médical précisant l'activité ou les activités concernées et la durée de l'arrêt**. Celui-ci ne portera que sur la cotisation et ne concerne pas la licence. 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**. L'association se réserve le droit de modifier ou d'annuler certaines activités si l'équilibre financier n'est pas atteint. Dans ce cas, il sera proposé un report dans une autre activité ou à défaut un remboursement de la cotisation.
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 est à fournir obligatoirement la première année d'adhésion. L'année suivante l'adhérent doit remplir sous sa responsabilité un questionnaire de santé. Aucun dossier incomplet ne sera accepté.**
- **Une tenue sportive correcte, adaptée à l'activité (Chaussures de sport, vêtement de sport, eau, casquette).**
- **DROIT A L'IMAGE** Des vidéos ou des photos des activités peuvent être utilisées pour la promotion de l'association sauf avis contraire clairement exprimé par un adhérent lors de l'inscription.
- **DIFFUSION DE L'INFORMATION** La communication des informations importantes se fera par e-mailing ou newsletter adressée à chaque adhérent. Celui-ci peut se désabonner à tout moment s'il le souhaite en nous le signalant.
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^{er} septembre

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.