

## **FICHE D'INSCRIPTION ENFANTS STAGES MULTI-SPORTS-LOISIRS**

**VACANCES TOUSSAINT 2020 (Du 19 au 23 octobre 2020)**

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

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

**RENSEIGNEMENTS RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**ET AUTORISATION POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES DURANT LE STAGE**

**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 ANNEE 28€ CHATO**  **Cette licence vous permet de bénéficier du Tarif Adhèrent**

**ENTOUREZ la semaine complète ou les jours choisis**      Semaine      **J1 J2 J3 J4 J5**

**1 SEMAINE ADHERENT**      1er enfant **83€**       **1 SEMAINE NON ADHERENT**      1er enfant **99€**

2ème enfant **77€**       2ème enfant **93€**

3ème enfant **73€**       3ème enfant **89€**

**JOURNEE(S) .... X 25€**      **JOURNEE(S) .... X 30€**

**REGLEMENT**

Nous acceptons Espèces, Chèques à l'ordre de LA PALESTRE.  
Attention pour **Coupons sport et Chèques Vacances + 2€ Frais suppl.**

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

ESPECES  CHEQUES VACANCES  COUPONS SPORT  **Fait à Châteaurenard le**

**Signature :**

## 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 ou pour ceux qui n'ont pas fourni de certificat en 2019/2020 sinon merci de remplir le questionnaire de santé joint.
- 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 2019/2020 uniquement.**
- **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 octobre 2020

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
Diphthérie		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.*