

FICHE D'INSCRIPTION ENFANTS STAGES MULTI-SPORTS-LOISIRS

VACANCES TOUSSAINT 2022 (Du 24 au 29 octobre 2022)

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 30€ OBLIGATOIRE SI VOUS N'ETES PAS DEJA ADHERENT

25€ 2^{EME} ENF. (MEME FAMILLE) LICENCE OFFERTE 3^{EME} ENF.

COCHEZ la ou les semaine(s) choisie(s)

ADHERENT 1er Enf. **89€** 2^{ème} Enf. **84€** 3^{ème} Enf. **79€**

JOURNEE(S) X 28€ = 24/10 25/10 26/10 27/10 28/10 29/10 (Entourez les jours)

Nous acceptons Espèces, Chèques à l'ordre de LA PALESTRE.

REGLEMENT

Attention pour **Coupons sport et Chèques Vacances + 4€ Frais suppl.**

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

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 rempli et fourni le **QUESTIONNAIRE DE SANTE**.
- 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.

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

- **Le QUESTIONNAIRE DE SANTE pour MINEUR**
- **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 de signer la fiche d'émargement le matin et le soir. 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 29 septembre 2022

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.