

FICHE D'INSCRIPTION ECOLE MULTI-SPORTS ou YOGA

Saison :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

- Nom : Prénom :
- Profession:.....
- Adresse :
Code postal : Ville.....
-Tel en cas d'urgence. :
Mail:.....
.....

ENFANT(S) à inscrire :

Enfant 1 : Nom : Prénom :
- Date de naissance : Age.....

Enfant 2 : Nom : Prénom :
- Date de naissance : Age.....

Enfant 3: Nom : Prénom :
- Date de naissance : Age.....

- ECOLE MULTI-SPORTS PRIMAIRE**
 ECOLE MULTI-SPORTS MATERNELLE

Créneau(x) :

Cochez la case correspondante et préciser le groupe (âge ou classe) et l'horaire

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LUNDI | <input type="checkbox"/> MARDI |
| <input type="checkbox"/> MERCREDI | <input type="checkbox"/> JEUDI |
| <input type="checkbox"/> VENDREDI | <input type="checkbox"/> SAMEDI |

YOGA

LUNDI (17h30-18h30)

LUNDI (18h30-19h00)

Avec qui l'enfant doit-il repartir ?



MODE DE REGLEMENT:

- Règlement par CB sur le site *Date du paiement*
- Coupons sport ou chèques vacances ANCV *Date du paiement*
- Espèces *Date du paiement*
- Mensualisation (fournir un RIB)
- Chèque(s) (indiquer le(s) montant(s))
- 1^{er} chèque :
 - 2^{ème} chèque.....
 - 3^{ème} chèque
 - Soit un total de..... *Date du paiement*

Promo (précisez la nature de la promo):

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies :

ASTHME ALIMENTAIRES AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez.

.....
.....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'éducateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Droit à l'image – Demande d'autorisation Parentale

J'autorise mon enfant : à être photographié, filmé dans le cadre des activités pédagogiques des Vacances à thèmes ou de l'Ecole Multi-Sports de l'association **Sport-Famille-Plaisir**.

J'autorise **SFP** à diffuser les photos / vidéos sur le site et la page facebook de l'association.

Nom :

Date et signature des Parents :

SPORT FAMILLE PLAISIR
Tél : 01.64.78.38.30 / 06.17.04.89.49
Mail : sport.famille.plaisir@gmail.com
Site : www.sport-famille-plaisir.fr

