

**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**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> LUNDI (17h30-18h30) | <input type="checkbox"/> 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<sup>er</sup> chèque : .....
  - 2<sup>ème</sup> chèque.....
  - 3<sup>ème</sup> 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](mailto:sport.famille.plaisir@gmail.com)  
Site : [www.sport-famille-plaisir.fr](http://www.sport-famille-plaisir.fr)

