

# FICHE D'INSCRIPTION ECOLE MULTI-SPORTS

Saison :

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

- ✓ Nom : ..... Prénom : .....
- ✓ 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.....

## CRENEAUX *Cochez la case correspondante*

**ECOLE MULTI-SPORTS MATERNELLE**

MARDI 17h15-18h15 à Seine-Port

MERCREDI 14h00-15h30 à Pringy

MERCREDI 15h30-17h00 à Pringy

**ECOLE MULTI-SPORTS PRIMAIRE**

### **SEINE-PORT**

LUNDI 17h-18h30

JEUDI 17h-18h30 à Seine-Port

### **ORGENOY**

LUNDI 17h-18h30

MARDI 17h-18h30

JEUDI 17h-18h30

VENDREDI 17h-18h30

SAMEDI 9h00-10h30

SAMEDI 10h45-12h15

SAMEDI matinée entière

EMS illimité

Avec qui l'enfant doit-il repartir ? .....

**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)



**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 :

