CARRIÈRES
SOUS-POISSY

FICHE D'INSCRIPTION
ECOLE DES SPORTS
MATERNELLE ANNEE 2024-2025

PHOTO
D'IDENTITE

Etat civil de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ___/___/_____ à : _____

Nationalité : _____

Etablissement scolaire : _____

Classe : _____

Responsable légal de l'enfant :

☐ **PERE** ☐ **MERE** ☐ **TUTEUR**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone portable : ___-___-___-___-___ / ___-___-___-___-___

Téléphone domicile : ___-___-___-___-___ / ___-___-___-___-___

Téléphone travail : ___-___-___-___-___ / ___-___-___-___-___

Assurance de l'enfant :

Nom de l'assureur : _____

Adresse de l'assureur : _____

N° de sociétaire : _____N° de police_____

Personnes(s) à contacter : (pendant l'heure d'activité)

Nom – Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul chez lui ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si, Non, indiquez le nom de la personne qui viendra le chercher :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Observations utiles pour les éducateurs (ex : anciennes blessures) :

_____

_____

_____

Cas particulier : au cas où des précautions particulières seraient à prendre (port de lunettes, accident récent…), nous vous demandons de bien vouloir nous le signaler lors de l'inscription.

Rappel : En cas d'abandon ou de radiation, la participation familiale reste acquise par la ville.

Fait à _____

Le __/__/____

Signature du responsable légal de l'enfant :

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e), M. ou Mme _____

autorise mon enfant _____

à participer aux activités du service des sports de la ville de Carrières Sous Poissy le mercredi après-midi et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

En cas d'accident, j'autorise le transport de notre enfant vers l'hôpital le plus proche afin qu'il reçoive tous les soins jugés nécessaires par le corps médical.

J'autorise également le service des sports à utiliser le droit d'image pour la promotion de son école des sports.

Fait à _____,

Le ___ / ___ / _____

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, Docteur _____,

certifie avoir examiné, à ce jour, l'enfant _____

Né(e) le _____ et le déclare apte à la pratique des activités physiques et sportives.

Fait à _____

Le ___ / ___ / _____

Signature et cachet du médecin

ATTENTION :
Nous attirons votre attention sur le fait que le **certificat médical** est **OBLIGATOIRE** avant le début des activités.
En aucun cas, votre enfant ne pourra participer aux séances sans ce certificat.