

Activités Ados / Salle Ados

SAISON 2016/2017

BULLETIN D'INSCRIPTION

Je soussigné :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone Fixe : Téléphone Portable :
Email :
Régime indemnitaire : Général (CAF) Agricole (MSA)
Numéro Allocataire :

Autorise mon enfant :

Nom :
Prénom :
Date de naissance : Age :

A pratiquer les activités physiques et sportives organisées pendant la période scolaire les lundis et jeudis et/ou à participer à la Salle Ados les mercredis au cours de l'année 2016/2017.

Salle Ados Activités du Lundi Activités du Jeudi

Noms et n° des téléphones des personnes à prévenir en cas d'accident :

.....
.....
.....

Cocher la case souhaitée :

- J'autorise mon enfant à repartir seul après le cours de sport ou après la salle ados, de ce fait je désengage au terme de l'activité la responsabilité du personnel encadrant.
 Je n'autorise pas mon enfant à repartir seul et m'engage à venir le récupérer à la fin de chaque séance.

Signature des Parents

DOCUMENTS OBLIGATOIRES : photocopie de l'Assurance Responsabilité Civile, pièce d'identité, certificat médical de moins de 3 mois, justificatif de domicile.

TARIF : Adhésion au Centre Socioculturel 5€/an/ personne ou 8€/an/famille +
Activité Ados : 5€/an, sous réserve de place disponible (20 places les lundis et jeudis pour les activités sportives / 24 places les mercredis pour la Salle Ados. Priorité aux Marsillarguais)

Après deux séances d'essai, votre enfant ne sera plus accepté si l'intégralité des documents demandés ainsi que le paiement ne nous sont pas retournés.

Reprise des activités à partir du Lundi 12 septembre 2016.

Renseignements et inscriptions

Centre socioculturel Louis Nicollin : 07.62.51.10.14, centresocioculturel@marsillargues.fr
Ou educateursportif@marsillargues.fr

Fiche Sanitaire

VACCINATION :

DT POLIO	BCG	TEST TURBERCULINIQUE
----------	-----	-------------------------

Date	Vaccin	Date	Vaccin	Date	Vaccin

MALADIE : Entourez les maladies que votre enfant a eu :

RUBEOLE - VARICELLE - SCARLATINE - COQUELUCHE - ROUGEOLE
OREILLONS - RHUMATISME - ASTHME

AUTRE :

.....
.....

ALLERGIE ALIMENTAIRE OU MEDICAMENTEUSE :

.....
.....

MEDECIN HABITUEL :

.....
.....

NUMERO DE TELEPHONE :

.....

AUTRE OBSERVATION MEDICALE	RECOMMANDATION PARTICULIERE

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

Date :

Signature