

PHOTO

NOM DE L'ENFANT : ..... PRÉNOM : .....  
COMMUNE : .....

Né le .....

GARÇON  FILLE

SECTION CHOISIE :  
.....



**SECTIONS ANNUELLES ET STAGES**  
**ENFANT**

## DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANT SAISON 2020-2021

### REPRESENTANT LEGAL

NOM / PRENOM DU PERE .....

ADRESSE .....

> E-MAIL.....PROFESSION.....

> TELEPHONE PORTABLE.....TRAVAIL.....

NOM / PRENOM DE LA MERE .....

ADRESSE (SI DIFFERENTE).....

> E-MAIL.....PROFESSION.....

> TELEPHONE PORTABLE.....TRAVAIL.....

### PIECES A FOURNIR

- CERTIFICAT MEDICAL *CI-JOINT REMPLI, DATÉ ET SIGNÉ PAR LE MEDECIN TRAITANT*
- ATTESTATION RESPONSABILITÉ CIVILE *EXTRASCOLAIRE DE L'ENFANT*
- CARNET DE VACCINATION *PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTÉ*

### PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPERER MON ENFANT

**LES PERSONNES DÉSIGNÉES DOIVENT  
OBLIGATOIREMENT SE MUNIR D'UNE  
PIÈCE D'IDENTITÉ**

NOM : .....

PRENOM.....

TELEPHONE.....

LIEN DE PARENTÉ.....

NOM : .....

PRENOM.....

TELEPHONE.....

LIEN DE PARENTÉ.....

### CONDITIONS GENERALES COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE

#### SECTION DE 45MIN A 1H PAR SEMAINE

- Règlement de la totalité 225€ + 25€ En .....
- Règlement en 5 chèques : 4 de 56,25€ + 1 de 25€

#### SECTION DE 1H30 PAR SEMAINE

- Règlement de la totalité 250€ + 25€ En .....
- Règlement en 5 chèques : 4 de 62,50€ + 1 de 25€

#### SECTION DE 3H PAR SEMAINE

- Règlement de la totalité 325€ + 25€ En .....
- Règlement en 5 chèques : 4 de 81,25€ + 1 de 25€

#### SECTION DE 4H PAR SEMAINE

- Règlement de la totalité 400€ + 25€ + 30€ En.....
- Règlement en 6 chèques : 4 de 112,50€ + 1 de 25€ + 1 de 30€

Les encaissements se feront en octobre (1<sup>er</sup> chèque + 25€) nov / dec / janv.

En cas d'arrêt de l'activité les chèques seront tout de même encaissés. Aucun remboursement n'est possible sauf contre-indication médicale.

## AUTORISATIONS

JE SOUSSIGNÉ (É).....REPRESENTANT LÉGAL DE.....

- Autorise L'ESAM à prendre des photos ou vidéos de mon enfant et à les diffuser dans le cadre de tous ses supports numériques et/ou papier (site internet, réseaux sociaux) en vue de publications promotionnelles
- Refuse que mon enfant soit filmé ou pris en photo
- Autorise les responsables, éducateurs, encadrants, intervenants, bénévoles, à transporter mon enfant en mini bus et / ou voiture dans le cadre des activités de L'ESAM, en stage, séjours, entraînements, répétitions diverses
- J'accepte de recevoir toutes les informations de L'ESAM par e-mail et/ou texto
- J'autorise L'ESAM à laisser mon enfant rentrer seul à son domicile à la fin des séances

## INFOS / COMMUNICATION

AFIN D'ÊTRE INFORMÉ EN TEMPS RÉEL ET AU PLUS PROCHE DE VOUS, L'ESAM COMMUNIQUE SUR LES RESEAUX SOCIAUX :

- J'ai Facebook et je peux suivre les informations de votre page lesam06 et si je ne suis pas abonné je m'abonne
- J'ai Instagram et je peux suivre les informations de votre compte lesam06 et si je ne suis pas abonné je m'abonne
- Je ne suis pas sur les réseaux sociaux

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui  Non

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES (ENTOUREZ CE QUI LE CONCERNE) :

RUBÉOLE – VARICELLE – ANGINE- SCARLATINE- COQUELUCHE – OTITE – ROUGEOLE – OREILLONS – RHUMATISME

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ? (SI AUTOMEDICATION LE SIGNALER) OU AUTRE RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS A SIGNALER ? .....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : .....

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Nous vous informons que d'après l'article L321-4 du code du sport, les associations et les fédérations sportives sont tenues d'informer leurs adhérents de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer.

**Je reconnais avoir pris connaissance de cet article L321-4 du code du sport**

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

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature du représentant légal