

FICHE D'INSCRIPTION ENFANTS SECTEURS ANNUELS	NOM DE L'ENFANT: _____ PRÉNOM DE L'ENFANT: _____ PHOTO DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> SECTION CHOISIE : _____
---	---

RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM-PRENOM du Père :
 ADRESSE
 TEL PORTABLE : E-MAIL:
 PROFESSION LIEU TEL TRAVAIL :

NOM-PRENOM de la Mère :
 ADRESSE (si différente)
 TEL PORTABLE : E-MAIL :
 PROFESSION LIEU TEL TRAVAIL :

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- Le Certificat médical ci-joint rempli, daté et signé par le médecin traitant
- La photocopie de la partie vaccination du carnet de santé
- L'attestation d'assurance de Responsabilité Civile, scolaire et extrascolaire de l'enfant

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPERER MON ENFANT

(Les personnes désignées doivent obligatoirement se munir d'une pièce d'identité) :

Nom- Prénom Lien de parenté Tel
 Nom- Prénom Lien de parenté Tel

Conditions générales (cochez la case correspondante)

- **Section de 45 minutes à 1 heure par semaine :**
 - Règlement de la totalité de l'année 200 € + 25 € : Mode de règlement :
 - Règlement en 5 chèques soit 4 chèques de 50 € + 1 chèque de 25 €
- **Section de 1 heure et 30 minutes par semaine :**
 - Règlement de la totalité de l'année 250 € + 25 € : Mode de règlement :
 - Règlement en 5 chèques soit 4 chèques de 62.50 € + 1 chèque de 25 €
- **Section de 3 heures par semaine :**
 - Règlement de la totalité de l'année 325 € + 25 € : Mode de règlement :
 - Règlement en 5 chèques soit 4 chèques de 81.25 € + 1 chèque de 25 €
- **Section de 4 heures par semaine :**
 - Règlement de la totalité de l'année 400 € + 25 € + 30 € : Mode de règlement :
 - Règlement en 6 chèques soit 4 chèques de 112.50 € + 1 chèque de 25 € + 1 chèque de 30 € (costumes)

Les encaissements se feront comme suit :

Octobre 2019 : 1^{er} chèque + 25€ – Janvier 2020 : 2^{ème} chèque – Mars 2020 : 3^{ème} chèque – Juin 2020 : 4^{ème} chèque

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 (e) (Nom, Prénom) Père Mère Représentant légal

- Autorise l'ESAM à prendre des photos ou vidéos de mon enfant et à les diffuser dans le cadre de tous ses supports numériques (site internet, réseaux sociaux, ou autre) en vue de publications promotionnelles
- Refuse que mon enfant soit filmé ou pris en photo
- Autorise les responsables, éducateurs, encadrants, intervenants 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 Infos diverses, événements, stages, par e-mail ou texto
- J'autorise l'ESAM à laisser mon enfant rentrer seul à son domicile à la fin des séances

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 automédication le signaler) OU AUTRE RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS A SIGNALER ?

.....
.....

NOM ET TELEPHONE DU MÉDECIN TRAITANT

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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, avoir pris connaissance « des codes de l'ESAM » et des tarifs. 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