

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

RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM-PRENOM du Père :
ADRESSE
TEL PORTABLE : E-MAIL:
PROFESSIONLIEU..... 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

Conditions générales

Les stages se déroulent du lundi au vendredi de 09h30 à 16h30. Pour les stages comédies musicales, le stage s'effectue tous les jours. Pour les stages sportifs possibilité de choisir à la journée.

Une fois les préinscriptions faites par téléphone ou e-mail ; la validation définitive de votre enfant se fera exclusivement après réception du règlement. Pour les enfants non adhérents à l'ESAM, une adhésion de 10 € est à prévoir en plus du règlement du stage à la semaine ou à la journée.

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

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPERER MON ENFANT

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

Nom- PrénomLien de parentéTel.....
Nom- PrénomLien de parentéTel.....



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 AIGU

L'ENFANT AS-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