

Représentant légal :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile :

Portable :

Courriel :

Enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Établissement fréquenté :

Classe :

Régime allocataire : CAF MSA Autre

N° Allocataire :

J'autorise les services municipaux à photographier mon enfant : ☐ OUI ☐ NON

J'autorise mon enfant à repartir seul : ☐ OUI ☐ NON

Si non, nom de la personne autorisée à venir chercher mon enfant :

ACTIVITÉS CHOISIES :

☐ **BABY SPORTS**

☐ **ÉVEIL SPORTIF**

☐ **SPORTS DE RAQUETTES**

☐ **SPORTS DE BALLONS**

☐ **BADMINTON JEUNES**

☐ **SPORTS ADO**

Personnes à prévenir en cas d'urgence : (Nom, Prénom, Téléphone)

1

2

RÈGLEMENT (forfait annuel) :

Montant : ☐ 20 € ☐ 10 € si 2ème enfant ☐ gratuit si 3ème enfant

☐ Chèque

☐ Espèces

Nom du médecin traitant : Tél :

Autorisation d'évacuation par les services de secours : ☐ OUI ☐ NON

Autorisation d'hospitalisation : ☐ OUI ☐ NON

Allergie médicamenteuse connue : Asthme :

Autre information médicale :

Je soussigné (e),, Responsable légal de l'enfant,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel encadrant les activités choisies à prendre, en cas de besoin, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- Atteste que l'enfant n'a pas de contre-indication médicale à la pratique sportive.
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités sportives municipales.

Valognes, le

Signature :