Mairie de Rians

SERVICE ANIMATION JEUNESSE
Chemin de la Garde
83560 Rians
Téléphone : 04 94 72 60 57
Fax: 04 94 72 60 58
Mail: pij.rians@wanadoo.fr

FICHE D'INSCRIPTION
INITIATION MUNICIPALE MULTISPORTS RIANS

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

AGE :

N° D'ALLOCATAIRE CAF : **VACCINS :** **DROIT A L'IMAGE:**

QUOTIENT FAMILIAL : **CERTIFICAT MEDICAL:**

TARIF : **ALLERGIES :**

REGLEMENT INTERIEUR: **ATTESTATION DE NAGE:** **AUTRES:**

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

- ☐ 1 photo d'identité
- ☐ Attestation d'assurance "extra scolaire"
- ☐ Quotient familial et le numéro d'allocataire CAF ou dernier relevé d'imposition
- ☐ Certificat médical attestant que votre enfant peut vivre en collectivité, est à jour de ses vaccinations, est apte à la pratique d'activités physiques et sportives **ou** Questionnaire Santé Sport
- ☐ Pour toute situation particulière en matière de garde d'enfant, la copie du document officiel mentionnant les termes de celle-ci devra être fourni

L'ENFANT / LE JEUNE

Photo

Nom : ……**Prénom :** ……

Né(e) le : ……../……../…… **à :** ……

☐ **Garçon** ☐ **Fille**

Adresse principale : ……
……
……
……

Classe de : ……

Téléphone : ……

Email: ……

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Joindre le rapport du juge en cas de garde alternée ou attribuée à l'un des deux parents

☐ Mariés/pacsés/vie maritale ☐ séparés/divorcés ☐ Célibataire

Responsable Légal 1	Responsable Légal 2
Nom/Prénom : ……	**Nom/Prénom :** ……
Adresse :	**Adresse :**
……	……
……	……
Tél domicile : ……	**Tél domicile :** ……
Tél portable: ……	**Tél portable:** ……
Email: ……	**Email:** ……
Profession : ……	**Profession :** ……
Tél Travail : ……	**Tél Travail :** ……

Famille d'accueil : ……
Adresse : ……
Tél domicile: ……**Tél portable:** ……

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT / LE JEUNE

1.TRAITEMENT MEDICAL: L'enfant suit-il un traitement médical à l'année? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, fournir un P.A.I

2. ALLERGIES:

	OUI	NON	Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir
Alimentaires			
Médicaments			
Autres			

D'INSCRIP

3. INDIQUEZ LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation, hospitalisation)
……..
……..

4. PARTICULARITES ALIMENTAIRES: ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquelles …….
…….
…….

5. ACCIDENT:
☐ Autorise ☐ N'autorise pas l'organisateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (appel des pompiers, hospitalisation et/ou intervention chirugicale).

CERTIFICAT MEDICAL

vaccinations, es (A remplir par le médecin traitant)

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie que l'enfant :

- ☐ Ne présente aucune contre indication cliniquement décelable à la pratique du sport
- ☐ Apte à la vie en collectivité
- ☐ Est à jour de ses vaccinations pour l'année scolaire en cours.

Date:

Cachet et signature du Médecin

REGIME

- ☐ CAF N°d'allocataire : …… Coefficient ……..
- ☐ MSA N°d'allocataire : …… Coefficient ……..
- ☐ Autre (préciser):
- ☐ Pour les familles ne possédant pas de n°d'allocataire CAF, fournir l'avis d'imposition n-1

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),……, responsable légal de l'enfant

☐ autorise mon enfant à partir seul après la pratique de l'activité sportive.

☐ autorise l'organisateur à transporter mon enfant en minibus jusqu'au lieu de pratique de l'activité.

☐ autorise l'organisateur à photographier et filmer mon enfant durant les stages multisports.

☐ autorise l'organisateur à utiliser les photos et vidéos sur lesquelles figure mon enfant, sur tout support de communication du Service Animation Jeunesse de la ville de Rians.

ATTESTATION

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
Je m'engage à signaler tout changement dans les informations transmises à ce jour,
Je déclare avoir pris connaissance et posséder un exemplaire du règlement intérieur.

Date et signature(s) obligatoire (s) du ou des responsables légaux :

A ……, **Le** …… **Signatures :**