

STAGES OMNISPORTS pour les 6-15 ans De 13h30 à 17h30

Semaine du 11 au 15 juillet 2022 : 29,68 €

Semaine du 18 au 22 juillet 2022 : 37,10 €

Semaine du 25 au 29 juillet 2022 : 37,10 €

Direction des Sports



Les parents s'engagent à faire participer leur(s) enfant(s) la totalité de la semaine.

Premier enfant – Nom et Prénom de l'enfant : _____	
Date de naissance : ____/____/____ Son âge : _____ Sa taille : _____	
Certificat médical : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Première Participation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sait-il nager ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON →	Brevet de Natation de 25m avec immersion de la tête : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant porte-il des lunettes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui il devra les porter avec un cordon durant le stage	Votre enfant porte-il des appareils auditifs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant est-il sensible au Vertige : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Votre enfant est-il atteint de Claustrophobie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il peur de l'obscurité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Votre enfant prend-t-il un traitement médical incompatible avec certaines pratiques sportives : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il des allergies, si oui lesquelles : _____	Si oui quels sports lui sont interdits : _____ _____
Deuxième enfant – Nom et Prénom de l'enfant : _____	
Date de naissance : ____/____/____ Son âge : _____ Sa taille : _____	
Certificat médical : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Première Participation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sait-il nager ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON →	Brevet de Natation de 25m avec immersion de la tête : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant porte-il des lunettes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui il devra les porter avec un cordon durant le stage	Votre enfant porte-il des appareils auditifs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant est-il sensible au Vertige : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Votre enfant est-il atteint de Claustrophobie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il peur de l'obscurité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Votre enfant prend-t-il un traitement médical incompatible avec certaines pratiques sportives : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il des allergies, si oui lesquelles : _____	Si oui quels sports lui sont interdits : _____ _____

Veillez tourner la page s'il vous plaît

Nom et Prénom du parent 1 : _____

Date de naissance : _____/_____/_____

Adresse postale : _____

Numéro de Téléphone où l'on peut vous joindre en cas **d'urgence** : _____

Adresse mail : _____

Nom et Prénom du parent 2 : _____

Date de naissance : _____/_____/_____

Adresse postale : _____

Numéro de Téléphone où l'on peut vous joindre en cas **d'urgence** : _____

Adresse mail : _____

Nom et Prénom de la personne responsable durant le stage (grands-parents, etc..) : _____

Adresse postale : _____

Numéro de Téléphone où l'on peut vous joindre en cas **d'urgence** : _____

Adresse mail : _____

L'enfant est-il (les enfants sont-ils) autorisé(s) à partir seul à l'issue de la journée du stage

: OUI **NON**

Dans la négative, mentionnez les coordonnées de la personne ou des personnes habilitées (autres que ceux déjà mentionnés) à venir chercher l'enfant :

NOM : _____  /  : _____

NOM : _____  /  : _____

J'accepte que mes coordonnées soient utilisées pour l'envoi d'informations générales sur l'activités du secteur des Sports.

LA RESPONSABILITE DE LA DIRECTION DES SPORTS NE SAURAIT ETRE ENGAGEE EN DEHORS DES HEURES DU STAGE.

LA FOURNITURE DU CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION DATÉ DE MOINS DE TROIS MOIS EST OBLIGATOIRE A L'INSCRIPTION.

L'ACTIVITE N'EST PAS COUVERTE PAR UNE ASSURANCE COMMUNALE.

J'autorise la diffusion de la photo de l'enfant sur les supports de communication de la ville : OUI **NON**

Date de l'inscription : _____/_____/_____

Signature :