

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

- Semaine du 01 au 05 Août 2022 : 37,10 €
- Semaine du 08 au 12 Août 2022 : 37,10 €
- Semaine du 22 au 26 Août 2022 : 37,10 €
- Semaine du 29 au 31 Août 2022 : 22,26 €

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 :