

ÉCOLE MULTISPORTS DU PAYS DE L'OURCQ

INSCRIPTION POUR LA SAISON 2025-26

L'ENFANT

Nom Prénom
Date de naissance Lieu de naissance

LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Représentant 1

Nom Prénom
Adresse
Code Postal Ville
Tél. Courriel

Représentant 2

Nom Prénom
Adresse
Code Postal Ville
Tél. Courriel

LES TARIFS

	1 ^{re} enfant	1 ^{re} enfant
3/6 ans	90 €	100 €
7/11 ans	95 €	105 €

(*) - 10 % à partir du 2^e enfant d'une même fraterie.

Usagers du Pays de l'Ourcq / Hors Pays de l'Ourcq

Personne-s habilitée-s à venir chercher l'enfant (parents, grands-parents...)

NON et prénom Tél.
NON et prénom Tél.
NON et prénom Tél.

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Nom de l'assurance
N° de contrat
Adresse
Code Postal Ville

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné.e
responsable légale de l'enfant

Autorise seulement les personnes habilitées à récupérer mon enfant après l'activité.

Autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité.

Autorise en cas d'urgence les représentants de la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq à prendre toutes les dispositions utiles, après avis des secours, les soins médicaux ou toutes interventions jugées utiles pour l'enfant.

J'autorise la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq à emmener mon enfant dans le cadre d'activités proposées, lors de déplacements à pieds ou en autocar.

Autorise les prises de vues, sur lesquelles pourrait figurer mon enfant par la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq pour sa communication interne et externe, sur tous les supports (print et réseaux sociaux).

Fait à

le
Signature

IMPRIMEZ LE FORMULAIRE (OU L'ENVOYEZ À SPORT@PAYSDEL'OURCQ.FR)

Imprimez le formulaire

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq est garanti, de même que le droit de retrait.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (SI PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL DE MOINS DE 3 ANS)

État de santé de l'enfant

OUI NON Si oui, précisez

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

A-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses, piqûres, ou autres allergies) ?

A-t-il déjà eu des malaises à l'effort ?

Souffre-t-il d'asthme ou de problèmes respiratoires ?

A-t-il des problèmes cardiaques connus ?

A-t-il eu une fracture ou blessure récente ?

A-t-il des contre-indications à la pratique sportive ?

A-t-il des troubles moteurs ou sensoriels ?

Porte-t-il des lunettes ou une correction auditive ?

Y a-t-il autre chose que vous souhaitez signaler ?

Coordonnées du médecin traitant

Nom

Tél.

Adresse

Code Postal

Ville

Déclaration parentale

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant

certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts.

J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives de l'école multisports.

En cas d'urgence, j'autorise l'équipe encadrante à prendre toutes les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant.

Fait à

le

Signature