

À remplir OBLIGATOIREMENT

Je soussigné(e) M./Mme responsable légal de,

• Autorise en cas d'urgence, les représentants de la Communauté de communes à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer. oui non

• Autorise seulement les personnes habilitées à récupérer mon enfant le soir. Ces dernières seront munies d'une pièce d'identité et âgées de 18 ans révolus. oui non

• Autorise mon enfant à rentrer seul à l'issue des activités journalières. oui non

• Autorise les prises de vues lors des animations sur lesquelles pourrait figurer mon enfant et l'utilisation des images par la Communauté de communes pour sa communication. oui non

Fait à, le

Signature :

Cadre réservé à la gestion

Agent :

Semaine 1 2 3 4

N° de reçu :

Merci de compléter les informations ci-dessous

Identité de l'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Informations familiales et administratives

Nom et prénom de la mère / du père :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Tél. : _____ Mobile : _____ Professionnel : _____

Courriel :@

Si les parents sont séparés, indiquer les conditions de garde de l'enfant :

Assurance Responsabilité Civile

Nom de l'assurance : N° de contrat :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Personne à contacter en cas d'urgence et d'indisponibilité des représentants légaux

Nom : Prénom :

Qualité :

Tél. : _____ Mobile : _____ Professionnel : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (18 ans minimum)

Nom : Prénom :

Qualité : Tél. : _____

Nom : Prénom :

Qualité : Tél. : _____

Nom : Prénom :

Qualité : Tél. : _____

Cocher la case correspondante

Dates - horaire de 9 h 30 à 17 h

Semaine 1 > du 6 au 10 avril (5 jours)

Tarifs

	Habitants du Pays de l'Ourcq			Habitants hors Pays de l'Ourcq		
	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
Semaine (5 jours)	54,00 €	47,40 €	39,00 €	65,00 €	56,60 €	47,00 €

Une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, permis de conduire) et un justificatif de domicile vous seront demandés (facture EDF, téléphone...).

Règlement

- Espèce
- Chèque à l'ordre de « Régie de recettes Sports »
- Carte bleue
- Coupon sport

Informations

- Accès uniquement pour la période et l'horaire indiqués ci-dessus.
- **Inscription à la piscine (1, avenue Louis Delahaye à Ocquerre) aux horaires d'ouverture.**
- Respect des horaires en raison du caractère collectif de l'activité.
- Tout manquement au règlement de l'établissement entraînera une exclusion à l'activité.
- Tenue sportive adaptée et de rechange.
- Pique-nique obligatoire chaque midi.
- En cas d'annulation de la semaine sportive par la Communauté de communes, le remboursement ne pourra se faire que sur présentation du reçu.

Documents à fournir

- Fiche d'inscription dûment remplie (Fiche sanitaire et autorisation parentale).
- Certificat médical de non contre-indication aux activités sportives année scolaire 2019/2020.
- Attestation d'assurance extra-scolaire en cours de validité.
- Copie du brevet de natation 25 m OU copie de l'attestation de non-contre indication à la pratique d'activités nautiques et aquatiques obligatoire pour les activités nautiques.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET
NE SERA PAS PRIS EN COMPTE.**



Semaines d'initiation et de découverte sportives

Fiche sanitaire



À remplir OBLIGATOIREMENT

Médecin traitant

Nom du médecin :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Allergies médicamenteuses : Non Oui, lesquelles :

Allergies alimentaires : Non Oui, lesquelles :

Allergies respiratoires : Non Oui, lesquelles :

Autres allergies : Non Oui, lesquelles :

Vaccins*	Oui	Non	Derniers rappels	
Diphtérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
DT Polio				
Tétra Coq				
BCG				
Monotest				
ROR				
Coqueluche				
Méningite				

*Remplir le tableau ou joindre la copie du carnet de vaccination

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Non Oui, lequel :

Autres difficultés éventuelles de santé (Retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire...) :

.....
.....
.....

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à transmettre toute modification de situation au service concerné.

Fait à, le

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé pour gérer votre inscription à cette activité. Elles sont conservées pendant 12 mois et sont destinées au service sport du Pays de l'Ourcq. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq, 2 avenue Louis Delahaye, 77440 OCQUERRE ou rgpd@paysdelourcq.fr.