

**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 12 au 16 avril (5 jours)
- Semaine 2 > du 19 au 23 avril (5 jours)

### Tarifs

	Habitants du Pays de l'Ourcq			Habitants hors Pays de l'Ourcq		
	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant
Semaine (5 jours)	54,00 €	47,40 €	39,00 €	65,00 €	56,50 €	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 : les mardi 6/04, jeudi 8/04 et vendredi 9/04 (16 h 30/18 h 30) puis le mercredi 7/04 (14 h/18 h).
- Respect des horaires en raison du caractère collectif de l'activité.
- Tout manquement au règlement de l'établissement entraînera une exclusion à l'activité.
- Repas froid fourni par les familles.
- En cas d'annulation de la semaine sportive par la Communauté de communes, le remboursement ne pourra se faire que sur présentation du reçu.
- Masque obligatoire.
- 20 places maximum par semaine.

### Documents à fournir

- Fiche d'inscription dûment remplie (Fiche sanitaire et autorisation parentale).
- Certificat médical de non contre-indication aux activités sportives année scolaire 2020/2021.
- Attestation d'assurance extra-scolaire en cours de validité.

**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.