DOSSIER D'INSCRIPTION 2023 / 2024
SPORT – VACANCES 11-17 ANS

Cette fiche dûment remplie te donne accès à toutes les activités du service des sports.

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ☐ M ☐ F Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

E-mail jeune (facultatif) : _____@_____

📱 portable jeune (facultatif) : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Nom et adresse de votre caisse : _____

Nous vous invitons à vous renseigner sur les modalités de votre assurance en ce qui concerne la garantie d'assistance, les dommages aux biens, l'indemnisation des dommages corporels **(voir avec l'assurance extra scolaire)**

Mutuelle (Numéro d'adhérent, Nom et adresse) : _____

COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX :

Père : Nom : _____ Mère : Nom : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

☎ maison : _____ ☎ maison : _____

📱 portable : _____ 📱 portable : _____

E-mail parent : _____@_____

Pour toute communication entre la mairie et le responsable légal, et pour l'envoi des informations relatives aux activités de l'enfant.

Autre Personne à joindre en cas d'absence :

Nom : _____ ☎ téléphone : _____

Lien avec l'enfant : _____

AUTORISATION D'UN RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e), Madame, Monsieur _____ légalement responsable,
- Autorise mon fils, ma fille, _____

À participer aux activités organisées par la Ville de Longué-Jumelles

- Autorise les responsables des Sport-Vacances à prendre, avec l'accord des autorités médicales, toutes décisions destinées à donner les soins médicaux et chirurgicaux jugés nécessaires.
- Autorise le service des sports à utiliser des photos ou films où figure le jeune pour illustrer les outils de communication de ses activités sur divers supports papiers (bulletin municipal, dépliants…) et informatiques (facebook, site internet…). Aucune contrepartie financière en cas d'utilisation de photos ou films ne pourra être demandée.

SIGNATURE :

CERTIFICAT MEDICAL *(valable 3 ans)*

Pour une première inscription, ou

Pour renouveler un certificat médical datant de plus de 3 ans : (à remplir par le médecin)

Je soussigné(e) docteur _____ atteste avoir examiné l'enfant

_____ et n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique des

activités suivantes :

- ☐ Sports Traditionnels (football, tennis, rugby, etc.)
- ☐ Activités Physiques de Pleine Nature (VTT, accro branche, course d'orientation, etc.)
- ☐ Activités Nautiques

Date :

Cachet et signature du médecin :

Si le certificat médical date de moins de 3 ans : (à compléter par un responsable légal)

Premier renouvellement : ☐ Date du certificat médical + 1 an Je, soussigné (e) _____	Deuxième renouvellement : ☐ Date du certificat médical + 2 ans Je, soussigné (e) _____
atteste sur l'honneur avoir répondu « non » à toutes les questions du CERFA « questionnaire de santé » n°15699*01 (disponible sur le site «villedelonguejumelles.fr») concernant mon enfant : _____ _____	atteste sur l'honneur avoir répondu « non » à toutes les questions du CERFA « questionnaire de santé » n°15699*01 (disponible sur le site «villedelonguejumelles.fr») concernant mon enfant : _____ _____
Date et Signature :	**Date et Signature :**

FICHE SANITAIRE

Précisez ci-dessous les difficultés de santé de votre enfant et joignez les photocopies du carnet de santé (allergies, vaccinations… etc.)

_____

_____

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, etc.

_____

_____