



CARRIÈRES  
SOUS - POISSY

# FICHE D'INSCRIPTION ECOLE DES SPORTS **MATERNELLE ANNEE 2020-2021**

PHOTO  
D'IDENTITE

### Etat civil de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

### Responsable légal de l'enfant :

PERE  MERE  TUTEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### Assurance de l'enfant :

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Adresse de l'assureur : \_\_\_\_\_

N° de sociétaire : \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

### Personnes(s) à contacter : (pendant l'heure d'activité)

Nom – Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

### Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul chez lui ?

OUI

NON

Si, Non, indiquez le nom de la personne qui viendra le chercher :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Observations utiles pour les éducateurs (ex : anciennes blessures) :

---



---



---

**Cas particulier** : au cas où des précautions particulières seraient à prendre (port de lunettes, accident récent...), nous vous demandons de bien vouloir nous le signaler lors de l'inscription.

**Rappel** : En cas d'abandon ou de radiation, la participation familiale reste acquise par la ville.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature du responsable légal de l'enfant :

## AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e), M. ou Mme \_\_\_\_\_  
autorise mon enfant \_\_\_\_\_

à participer aux activités du service des sports de la ville de Carrières Sous Poissy le mercredi après-midi et certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

En cas d'accident, j'autorise le transport de notre enfant vers l'hôpital le plus proche afin qu'il reçoive tous les soins jugés nécessaires par le corps médical.

J'autorise également le service des sports à utiliser le droit d'image pour la promotion de son école des sports.

Fait à \_\_\_\_\_,

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, Docteur \_\_\_\_\_,

certifie avoir examiné, à ce jour, l'enfant \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ et le déclare apte à la pratique des activités physiques et sportives.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

### **ATTENTION :**

Nous attirons votre attention sur le fait que le **certificat médical** est **OBLIGATOIRE** avant le début des activités.  
En aucun cas, votre enfant ne pourra participer aux séances sans ce certificat.