



ÉCOLE MUNICIPALE DES SPORTS

PS•MS•GS MATERNELLE
CP•CE1•CE2

NOM :

PRÉNOM :

- Certificat Médical Multisports ou Questionnaire de Santé et copies des pages du carnet de Vaccinations à jour.
- Cotisation : Chèque Règlements intérieurs
Espèces
- Dossier ci-joint Justificatif de domicile
Piscénois uniquement

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles la Mairie de Pézenas s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes quels qu'il soient, conformément au RGPD. (Règlement Général de la Protection des Données)

AUTORISATION PARENTALE

Nom et Prénom de l'enfant :

Nom et Prénom des parents :

Date de naissance de l'enfant : / / - ans

Adresse :

Numéros de téléphones : a. b.

1 Autorise et atteste de l'aptitude de mon enfant à participer aux activités de l'école Municipale des sports (octobre à mai) et des vacances sportives (vacances de Toussaint, février, Pâques, juillet et août.) :

OUI NON

2 Autorise l'équipe éducative à faire appel aux services d'urgences (pompiers, SAMU) en cas d'accident :

OUI NON

3 Autorise l'équipe éducative à pratiquer les gestes des 1^{er} secours en cas d'accident :

OUI NON

4 Autorise l'équipe éducative à prendre mon enfant en photo ou le filmer dans le cadre des animations et à diffuser son image sur papier, Facebook et le site de la Ville :

OUI NON

5 Autorise l'équipe éducative à laisser sortir mon enfant de la salle de sport après la séance : (Gymnase Zévort, Gymnase B, Gymnase S.Honrubia, Stade ...)

OUI NON

6 Autorise les personnes nommées ci-dessous à récupérer mon enfant après la séance durant mon absence :

NOMS ET PRÉNOMS

LIEN DE PARENTÉ

..... -
..... -



Si vous souhaitez recevoir les programmes des vacances sportives durant l'année scolaire, veuillez noter votre mail lisiblement :

INFORMATIONS MÉDICALES

Recommandations utiles : Pour une première inscription vous devez fournir un certificat médical avec la mention Multisports. Validité 3 ans reconductible chaque année avec le questionnaire de santé.

Je m'engage à prévenir les éducateurs de tout changement concernant les renseignements contenus dans le dossier d'inscription

Difficultés de santé :

Médecin Traitant :

Numéro de téléphone :

Allergies alimentaires :

Autres :

Vaccinations : Fournir la copie des pages du carnet de santé de l'enfant

Signature du/des responsable(s) légal(s)

Fait à Pézenas, le / /