



FICHE D'INSCRIPTION

SERVICE SPORTS LOISIRS



ÉCOLE MULTISPORTS 3/10 ANS : _____

MULTISPORTS ADOS 11/17 ANS

MULTISPORTS ADULTES

MULTISPORTS SENIORS

Vous êtes déjà adhérent d'une section du SAM sur la même saison ? Laquelle : _____

VACANCES SPORTIVES ESTIVALES : OS1 OS2 OS3

SÉJOUR ESTIVAL 14/17 ANS

SÉJOUR ESTIVAL 11/14 ANS

VACANCES SPORTIVES AUTOMNE

VACANCES SPORTIVES HIVER

SÉJOUR HIVERNAL 13/16 ANS

VACANCES SPORTIVES PRINTEMPS

Toute cotisation versée à l'association est définitivement acquise. Aucun remboursement de cotisation ne peut être exigé pour quelques raisons que ce soient.

Le service Sports Loisirs ne pourra être tenue pour responsable de la dégradation ou du vol de votre matériel personnel.

La présence des représentants légaux durant le temps d'animation ne sera que, très exceptionnellement, tolérée.

En cas de non-respect des statuts, et du règlement intérieur, ou en cas d'atteinte aux intérêts matériels et/ou immatériels le service Sports Loisirs, vous pourrez faire l'objet d'une mesure disciplinaire (avertissement, suspension, radiation).

Pour des raisons indépendantes de notre volonté, les cours peuvent être annulés. Aucun remplacement ou remboursement ne sera effectué par le service Sports Loisirs.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES :

(tout dossier incomplet se verra refusé, en cas de non-communication des justificatifs, le tarif le plus élevé sera appliqué)

Pour tous :

Fiche d'inscription dûment rempli

Certificat Médical à la pratique du sport de moins de 3 mois

Règlement : espèces / en ligne / chèque ANCV / chèque bancaire (à l'ordre du SAM Sports Loisirs / 3 chèques maximum)

Pour les Vacances Sportives, le Multisports Ados et les Séjours :

Sauv'Nage

Uniquement pour les Séjours :

Carte d'identité

INFORMATION OBLIGATOIRE SUR L'ADHÉRENT :

NOM : _____ PRÉNOM : _____ NÉ(E) LE : ____/____/____

EMAIL : _____@_____ TÉLÉPHONE : ____/____/____/____/____

ADRESSE POSTALE : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU DU REPRESENTANT LEGAL : _____

TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE A CONTACTER OU DU REPRESENTANT LEGAL : ____/____/____/____/____

AVEZ-VOUS DES PATHOLOGIES, SI OUI LESQUELLES : _____

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES, SI OUI LESQUELLES : _____

SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT MÉDICAL, SI OUI LEQUEL : _____

INFORMATION OBLIGATOIRE SUPPLÉMENTAIRE POUR TOUS LES JEUNES DE 3 A 17 ANS A REMPLIR PAR LES REPRESENTANTS LEGAUX

Régime : GÉNÉRAL MSA Numéro d'allocataire CAF : _____ Quotient Familial : _____

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à la fin de celles-ci : OUI NON

En tant que représentant légal de l'enfant cité ci-dessus (information obligatoire sur l'adhérent), vous attestez sur l'honneur qu'il est à jour des vaccins obligatoires : OUI NON Si NON, vous devez joindre un certificat médical.

**PAR CE DOCUMENT VOUS DECLAREZ AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE NOTRE PROJET ÉDUCATIF, DE NOS PROJETS PÉDAGOGIQUES ET DE NOTRE RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET EN ACCEPTEZ LES RÈGLES.
VOUS DECLAREZ EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.**