

AUTORISATION PARENTALE (stage MultiSports Automne 2019)

Enfant

Nom : Prénom : Date de naissance :

Autorise l'enfant à pratiquer les activités sportives organisées par la CCS (Communauté de Communes du Savès).
OUI NON

Autorise l'éducateur sportif à prendre toutes les dispositions nécessaires pour la santé ou la sécurité de l'enfant.
La prise en charge s'effectue sur le lieu et l'horaire de rendez-vous indiqués dans le dossier de stage.
En dehors de ces modalités la CCS décline toute responsabilité. OUI NON

Autorise mon enfant à quitter le stage sans être accompagné. OUI NON

Autorise la CCS à utiliser les photos ou vidéos prises pendant les stages sur tout support d'information relatif à la promotion des activités mises en place. OUI NON

Autorise l'enfant à être transporté en minibus. OUI NON

Autorise l'enfant à se déplacer en vélo sur les lieux d'activité avec les éducateurs sportifs de la CCS. OUI NON

Le stage s'effectue avec accord des détenteurs de l'autorité parentale, sous leur propre responsabilité dans le cadre de leur assurance responsabilité civile personnelle obligatoire avec la garantie que leur enfant ait bien une couverture sociale.

Je m'engage à avertir l'éducateur sportif et à fournir un certificat médical si mon enfant ne peut pas participer aux activités.

Je serai disponible pour accompagner avec ma voiture les sorties en vélo VTT :

- le lundi 28/10 de 13h00 à 17h00 (sentiers du Savès) OUI NON
- le mercredi 30/10 de 10h00 à 11h00 et de 15h00 à 16h00 (Golf Chateau Barbet) OUI NON

Je déclare avoir pris connaissance du règlement disponible sur le site internet de la CCS www.ccsaves32.fr/ et je m'engage à le respecter.

Nom et prénom du responsable légal :

Date et signature : *Précédées de la mention « lu et approuvé »*

Le/...../ 2019



Exemplaire à joindre complété et signé entre le mardi 08/10 et le vendredi 18/10/2019 (par courrier postal, par mail ou par dépôt au secrétariat de la CCS).

FICHE SANITAIRE (stage MultiSports Automne 2019)

1 - Enfant

Nom : Prénom : Date de naissance :

2 - Responsable de l'enfant

Mère

Nom : Prénom :

Adresse :

N° TEL domicile : N°TEL travail :

N° TEL portable :

Adresse Mail :

Père

Nom : Prénom :

Adresse :

N° TEL domicile : N°TEL travail :

N° TEL portable :

Adresse Mail :



3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

Mon enfant peut pratiquer toutes les activités physiques et sportives. OUI NON Si non, précisez :

.....
Certificat médical de non contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives fortement conseillé (valable 1 an).

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé (asthme, allergies alimentaires, médicamenteuses, maladie chronique ou autre, hospitalisation, opération) ? OUI NON

Précisez les précautions à prendre :

.....
.....

Votre enfant est-il à jour des vaccinations obligatoires ? OUI NON

Nom de votre médecin traitant :

Numéro de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Mutuelle :

Compagnie d'assurance : N° de police : (joindre obligatoirement l'attestation d'assurance responsabilité civile extra scolaire)

4 - Recommandations utiles des parents (régime alimentaire, port de lunettes, de lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.)

.....
.....

Personne à contacter en cas d'urgence : Tél :

5 - Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone