



INSCRIPTION ÉCOLE MUNICIPALE DES SPORTS

RENTRÉE SCOLAIRE 2025/2026

L'inscription à l'École municipale des Sports se fera en mairie à du
23 juin au 07 septembre pour l'année scolaire 2025/2026

École municipale des Sports (dès 2 ans jusqu'à l'Ado)

Cotisation annuelle intra-muros enfants : 12 €

Cotisation annuelle extra-muros enfants : 60 €

*Extra-muros : s'applique aux enfants non domiciliés à Flins
mais ayant un lien scolaire direct sur notre commune

+ Fiche d'inscription ci-dessous signée + une attestation d'assurance + justificatif de domicile

+ Fiche de renseignements remplie + règlement intérieur signé

L'école des sports permet de découvrir une multitude d'activités : athlétisme, VTT, gymnastique, expression corporelle, sports collectifs, jeux individuels comme le tennis de table,... soit environ une dizaine de disciplines par an. Tout au long de l'année plusieurs animations sont proposées

- Découverte nouveaux sports
- Course d'orientation
- Trail des enfants
- Pêche, ...



	Mardi	Mercredi	Jeudi	Samedi
2/3 ans	9h-9h45		9h-9h45	
3/4 ans PS-MS		9h-9h45		9h-9h45
5/7 ans GS-CP-CE1		10h-10h45		10h-10h45
8/12 ans CE2-CM1- CM2 (ADOS)		11h-12h		11h-12h

Tout dossier rendu incomplet sera refusé.

Le règlement financier peut se faire par espèces, chèque (Régie Unique Recettes Communales) ou CB.

DEBUT DES COURS LE 3 SEPTEMBRE - POUR LES 2/3 ANS LE 4 SEPTEMBRE 2025

Coupon à conserver

Je soussigné(e) (père - mère - tuteur légal)

Inscris, mon fils - ma fille, pour l'année scolaire 2025/2026 à l'École des Sports :

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Classe :** _____

Téléphone :

Courriel@.....

Fait à Flins-sur-Seine, le

Signature

Tampon :



INSCRIPTION ÉCOLE MUNICIPALE DES SPORTS



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Classe :

Sexe F G

NOM _____

Prénom(s) _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Votre enfant est-il assuré ? OUI

NON

N° d'assurance _____

PERE **Responsable légal :** OUI NON

NOM _____ Prénom _____

Né le _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Employeur _____ Profession _____

Portable _____

Professionnel _____

Domicile _____

Mail _____

MERE **Responsable légale :** OUI NON

NOM _____ Prénom _____

Née le _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Employeur _____ Profession _____

Portable _____

Professionnel _____

Domicile _____

Mail _____

Autres personnes habilitées à venir chercher votre enfant :

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Je soussigné(e) _____ déclare exact les renseignements ci-dessus.

DATE

SIGNATURE



INSCRIPTION ÉCOLE MUNICIPALE DES SPORTS

FICHE SANITAIRE

EN CAS D'ACCIDENT

Personne(s) à prévenir :

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

- ALLERGIES -

1 - Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

ASTHME <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	MEDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	Autres :
---	---	--	-------------------------

Précisez la ou les cause(s) d'allergie(s) et la conduite à tenir, contre-indications ou toutes observations :

3 - Les difficultés de santé de votre enfant : maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation.

Merci de préciser les dates et les précautions à prendre.

4 - Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON

5 - Votre enfant porte-t-il des lentilles ? OUI NON

6 - Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives ? OUI NON

7 - Votre enfant porte-t-il des prothèses dentaires ? OUI NON

Ou autres : _____

8 - Votre enfant nage-t-il ? OUI NON

Autorisation de rentrer seul(e) ? OUI NON

Autorisation de transport en véhicule ? OUI NON

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE

SIGNATURE

