**INSCRIPTION ÉCOLE DES SPORTS**

v

**RENTRÉE SCOLAIRE 2020/2021**

L’inscription à l’École des Sports se fera en mairie à partir du

**02 septembre** pour l’année scolaire 2020/2021

Le tarif est fixé par délibération du conseil municipal du 28/11/2016

**École des Sports** (dès la dernière section de maternelle)

**Cotisation annuelle intra-muros 10 € par enfant**

**Cotisation annuelle extra-muros 30 € par enfant**

\*Extra-muros : s’applique aux enfants non domiciliés à Flins

Mais ayant un lien parental ou scolaire sur notre commune

**+ Fiche d’inscription ci-dessous signée**

**+ Fiche de renseignements remplie**

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, …

|  |  |
| --- | --- |
| **MERCREDI HORS VACANCES SCOLAIRES** | **VACANCES SCOLAIRES SAUF SAMEDI** |
| **9h à 10h : CE2 - CM1 – CM2 - ADOS** | **9h à 10h : CE2 – CM1 et CM2 - ados** |
| **10h15 à 11h00 : CP et CE1** | **10h15 à 11h00 : CP et CE1** |
| **11h15 à 12h00 : Grande section de maternelle**  | **11h15 à 12h00 : Grande section de maternelle**  |
| **SAMEDI HORS VACANCES SCOLAIRES** |  |
| **9h à 10h : CE2 - CM1 – CM2 - ADOS** |  |
| **10h15 à 11h00 : CP et CE1** |  |
| **11h15 à 12h00 : Grande section de maternelle** |  |

**Tout dossier rendu incomplet sera refusé.**

**Un reçu vous sera délivré et devra être présenté à l’animateur.**

**Aucun enfant ne sera accepté par l’École des Sports sans présentation du reçu**

**Les enfants qui fréquentent les centres de loisirs et d’activités doivent obligatoirement**

**être inscrits en mairie pour pouvoir accéder à l’école des sports.**

 Coupon à rendre aux éducateurs sportifs

**Je soussigné(e)** (père -mère - tuteur légal) ……………………………………………………….....................................,

**Inscris**, mon fils - ma fille, **pour l’année scolaire 2020/2021 à l’École des Sports**:

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  |

Fait à Flins-sur-Seine, le Signature Tampon :

****

 **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**DATE SIGNATURE**

**FICHE SANITAIRE (1/2)**

**N° de sécurité sociale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom du médecin traitant** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EN CAS D’ACCIDENT**

Personne(s) à prévenir :

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARNET DE VACCINATIONS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATE DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| **Diphtérie** |  |  |  | **Hépatite B** |  |
| **Tétanos** |  |  |  |  |
| **Poliomyélite** |  |  |  | **R.O.R** |  |
| **Ou DT Polio** |  |  |  | **Coqueluche** |  |
|  **Ou Tétracoq** |  |  |  | **BCG** |  |
|  |  |  |  | **PREVENAR** |  |
| **Ou Pentavac** |  |  |  | **MONOTEST** |  |
|  |  |  |  | **Autres (préciser)** |  |

**Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.**

**Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

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

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.**

**La boite de médicaments doit être dans leur emballage d’origine marquée au nom de l’enfant avec la notice.**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**2 -** Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

vvv

vvv

v

 **RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU**

 OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON

C

C

CV

 **SCARLATINE COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS**

 OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON

 **- ALLERGIES -**

 **ASTHME ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES Autres :**

CV

 OUI NON OUI NON OUI NON

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FICHE SANITAIRE (2/2)**

**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

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**

**FICHE SORTIES ET SECURITE**

**Autres personnes habilitées à venir chercher votre enfant :**

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorisation de filmer votre enfant ? \* OUI NON

Autorisation de rentrer seul(e) ? OUI NON

Autorisation de transport en véhicule ? OUI NON

\* Autorise l’école ou la commune de Flins-sur-Seine à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles

 pourrait apparaître mon enfant mineur, prises à l’occasion de manifestations organisées par l’École ou la

 commune de Flins-sur-Seine pour sa communication interne ou externe sur tous types de supports.

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

**DATE SIGNATURE**