



Service Municipal des Sports – Ville de Cuers

6/11 ans

INSCRIPTION 2018/2019

Ecole Municipale des Sports

Nom/Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____/____/____

N° de téléphone en cas d'urgence : ____/____/____ ou ____/____/____/____

Adresse : _____ 83390 Cuers

Mail _____@_____

Inscription par ordre de préférence : trimestre 1 trimestre 2 trimestre 3

Droit à l'image j'autorise je n'autorise pas
le Service Municipal des sports à photographier ou à filmer mon enfant, à utiliser ces supports dans un cadre pédagogique, qui pourront se présenter sous forme de journal, affiche, publicité et site internet communal.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme/M. _____, responsable légal de l'enfant _____ autorise ce(tte) dernier(ère), à pratiquer les activités du service des sports pour la saison 2018/2019.

Mon enfant rentre seul à son domicile oui non
si « **NON** », noms des personnes majeures autorisées à le récupérer

Les parents s'engagent à respecter le Règlement Intérieur du Service des Sports.
Fait pour servir et valoir ce que de droit.
A Cuers, le _____

Signature des parents

Documents à fournir

Attestation d'assurance couvrant les risques extrascolaires
Justificatif de domicile (EDF ou EAU)

LISTE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES UTILISES

Crème pour traiter les piqûres d'insectes ONCTOSE
Compresses stériles non tissées MEDICOMP
Compresses stériles imprégnées Laboratoire GILBERT
Pansements stériles URGO
Gel hydro alcoolique STERILLIUM
Sérum physiologique BEBE GIFRER
Pommade pour brûlures et coups de soleil OSMO SOFT
Crème pour les coups et les chocs ARNIGEL

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné l'enfant _____
Il ou elle ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités sportives. Il ou elle ne présente aucun signe de maladie contagieuse ou tout type d'allergie. Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations. Il ou elle est apte à fréquenter toutes activités organisées par le service.

Observations éventuelles :

Date, cachet et signature du médecin traitant