

AUTORISATION STAGE SPORTIF MUNICIPAL 2025/2026

Numéro famille :

Enfant

Nom :	Prénom :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Né (e) le :		
Médecin traitant (Tél. + adresse) :		
L'enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant un protocole :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
Contre-indications aux médicaments :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		

Nom :	Prénom :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Né (e) le :		
Médecin traitant (Tél. + adresse) :		
L'enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant un protocole :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
Contre-indications aux médicaments :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		

Responsables légaux

Père

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. mobile : Tél. bureau :

Email :

Mère

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. mobile : Tél. bureau :

Email :

→ **Atteste** avoir pris toutes les dispositions nécessaires pour m'assurer que l'état de santé de mon enfant lui permet de pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre de l'EMS auxquels il est inscrit.

→ **Autorise** mon enfant

➤ **À pratiquer** toutes les activités proposées dans le cadre de l'EMS pour lesquels une inscription a été faite.

➤ **Autorise** le service des sports de la ville à prendre toutes dispositions nécessaires y compris celles visant à faire soigner les enfants.

➤ **M'engage** à prévenir le service des sports des éventuels changements (adresse, téléphone).

➤ **M'engage** à prévenir le service des sports des problèmes de santé (allergies alimentaires, crises d'épilepsie, asthme...) dont souffrirait (ent) mon (mes) enfant(s) et qui peuvent avoir des conséquences sur sa (leur) santé au cours de la fréquentation de l'EMS.

→ **Autorise** mon enfant

➤ A quitter seul le lieu de l'activité oui non

Dans le cas contraire, je m'engage à venir le chercher. En cas d'impossibilité, j'autorise la personne suivante à venir chercher mon enfant au terme de l'activité :

Nom et prénom	Lien	Domicile	Portable	Professionnel

→ **Je donne l'autorisation** de filmer ou prendre des photos représentant mon (mes) enfant(s) au cours des activités, et de les publier, exposer et diffuser pour les usages suivants : publication (journaux municipaux, revues, plaquettes, brochures ...), exposition, ou autres supports (analogiques ou numériques), mise en ligne sur Internet, à des fins d'illustration des supports d'information de la commune.

La présente autorisation est délivrée à titre gratuit et ne donnera lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit. oui non

Fait à

Date :

Signature :