



FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE ÉCOLE MULTISPORTS 2026-2027

NOM DE L'ENFANT :

CRÉNEAUX HORAIRES	
<u>6 – 8 ans</u> (Enfants nés en 2020-2019 = CP et CE1) MERCREDI de 10h à 11h	<u>9 – 11 ans</u> (Enfants nés en 2017, 2016 et 2015 = CE2, CM1 et CM2) MERCREDI de 11h15 à 12h15
PRISE EN CHARGE	
Un éducateur peut aller chercher votre enfant à l'accueil de loisirs de la commune pour l'accompagner au lieu du sport (salle des fêtes, cours de tennis, terrain multisports, dojo) Une décharge parentale devra être faite auprès de leur service.	
DOCUMENTS À FOURNIR	
☐ Fiche d'inscription ☐ Attestation d'assurance (avec indication prise en charge du temps extrascolaire) ☐ Certificat médical à la pratique d'activités sportives ☐ Fiche sanitaire (photocopie carnet de vaccinations) ☐ Un justificatif de domicile de moins de 3 mois ☐ Le Paiement se fera sur facturation	
RESPONSABILITE ET DECHARGE	
Je, soussigné(e) Responsable légal de ▶ l'autorise à participer aux activités de l'école multisports organisées par la mairie de Cussac-Fort-Médoc ▶ autorise l'éducateur à récupérer mon enfant auprès des animateurs de l'ALSH de Cussac-Fort-Médoc : ☐ OUI ☐ NON ▶ autorise l'éducateur à mettre en œuvre toutes les mesures d'urgence nécessaires selon l'état de santé de mon enfant ▶ l'autorise à : ☐ quitter seul, à la fin de la séance, l'école multisports ☐ à quitter la séance accompagnée de : ▶ autorise les responsables et l'éducateur à utiliser les images de mon enfant dans le Cadre de la promotion de l'école multisports : ☐ OUI ☐ NON ▶ m'engage à m'assurer de la présence de l'éducateur en début de séance ▶ m'engage à prévenir l'éducateur en cas d'absence de l'enfant ▶ m'engage à présenter et à récupérer l'enfant aux horaires définis ▶ m'engage à présenter mon enfant en tenue de sport. Fait à, Le Signature du responsable légal	

RESPONSABLE LÉGAL :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

MAIL :

N° SÉCURITE SOCIALE :

	PÈRE	MÈRE
TÉL DOMICILE		
TÉL PORTABLE		
TÉL BUREAU		
EN CAS D'URGENCE PERSONNE À CONTACTER (en cas d'absence des parents)		
NOM	PRÉNOM	TÉL
SANTÉ		
ASTHME	☐ OUI	☐ NON
ALLERGIES ALIMENTAIRES	☐ OUI Lesquelles :	☐ NON
ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES	☐ OUI Lesquelles :	☐ NON
Remarques éventuelles		

Récépissé de dépôt de dossier complet

Remis le à h

Tampon mairie et signature