

FICHE D'INSCRIPTION STAGE ETE 2024

Par l'association : « Les Amis des Doublorigènes » au Parc des Doublorigènes

Mail : contact@doublorigenes.com

TEL : 06 89 84 60 24

De 9h à 11 h 30 Tarifs : 75 € Coût du stage pour 5 X 2,5 heures du lundi au vendredi

12 élèves par stage maximum

5 élèves par stage minimum sous contrainte d'annulation

Stage 1 : Du 8 au 12 juillet

Stage 2 : Du 15 au 19 juillet

Stage 3 : Du 22 au 26 juillet

Stage 4 : Du 29 au 2 août

Coordonnées : Nom et Prénom de l'enfant

Date de naissance :

Garçon Fille

Adresse :

CP : Ville : Téléphone domicile :

Portable M : Portable P :

E-mail :

La communication avec les familles se fait prioritairement par e-mail

Indications médicales :

Allergies : oui non

Asthme oui non

Diabète : oui non

Epilepsie oui non Autres pathologies (précisez allergies ...) :

.....
Antécédents médicaux (interventions chirurgicales, accidents, fractures, trauma, lésions musculaires ...) : Recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, appareils : auditifs, dentaires ...)

DECHARGE

Je soussigné(e) : NOM et prénom : responsable légal(e) de l'enfant NOM et prénom : Certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques à mon enfant. J'atteste que mon enfant, ci-dessus mentionné, n'a pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques. J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à son état de santé actuel. Je m'engage à signaler au responsable de l'association toute modification de l'état de santé de mon enfant, susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit, Le : .../.../.....

Signature : (du responsable légal pour les mineurs)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du document. J'autorise l'association des amis des Doublorigènes à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence.

Signature du représentant légal : Nota : Aucun traitement médical ne sera administré par l'association ni par aucun des membres de l'encadrement.

AUTORISATION DONNANT DROIT A L'IMAGE

Autorisons l'association « Les Amis des Doublorigènes » à utiliser les photos prises dans le cadre de l'association où apparaîtrait notre enfant. Ceci pour sa stricte utilisation, liée à sa documentation et à sa communication, papier ou informatique. Faire précéder de la mention « lu et approuvé » Fait à, le.....

Signature