

## FICHE D'INSCRIPTION STAGE Avril 2026

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

Mail : contact@doublorigènes.com

TEL : 06 89 84 60 24

De 14h à 16 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 13 au 17 avril □

**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