



FICHE D'INSCRIPTION 2023-2024

SPORT ADAPTÉ ENFANT (de 6 à 12 ans)

ENFANT

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Sexe : M F

Adresse :

Adresse :

C.P :

C.P :

Ville :

Ville :

Né(e) leà.....

Tél Domicile : ... /...../...../...../.....

Tél Bureau : ... /...../...../...../.....

Tél Portable : ... /...../...../...../.....

Institution :

Email :

Problème(s) de santé :

Cotisation	Licence	Assurance	Total*
125€	35€		160€
Date et moyen de paiement :			

Dossier	
Fiche d'inscription	
Paiement	
Photocopie de l'attestation d'assurance individuelle (si vous ne souscrivez pas l'assurance de la FFSA)	
Autorisation Parentale ou Tutorale	
Certificat médical	

* Si chèque : à l'ordre de l'ASM Handisport et Sport adapté



AUTORISATIONS

Je soussigné(e).....

Représentant légal de

autorise

n'autorise pas

L'association à prendre des photos individuelles et/ou de groupes sur lesquelles il figurerait lors des activités, pour les diffuser sur tous les moyens de communication tels que le site internet, les affiches, les articles de presse, les plaquettes de l'ASM ou de l'OMS, etc....

Pour les mineurs :

autorise

n'autorise pas

..... à rentrer seul(e) à la maison après les activités.

Date et signature :

FICHE SANITAIRE

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

◆ **VACCINATION** DT Polio : oui non

Date du dernier rappel :/...../.....
(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

◆ **TRAITEMENTS EN COURS**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

◆ **ALLERGIES :**

ASTHME	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTRES :		

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....
.....
.....
.....

NOM des parents pouvant être joints en cas de nécessité (ou du responsable)

.....
.....

ADRESSE

.....

TÉL. Portable : Domicile

Travail

Je, soussigné.e, responsable légale de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature :



PROTCOLE SANITAIRE

I. Adopter les gestes barrières :

- Je me lave très régulièrement les mains
- Je tousse ou j'éternue dans mon coude ou dans un mouchoir
- J'utilise un mouchoir à usage unique et je le jette dans une poubelle après utilisation
- Je salue sans serrer la main

Selon l'évolution de la situation sanitaire et pour répondre aux exigences en vigueur, les directives gouvernementales nous obligeront à appliquer le protocole ci-dessous durant la saison 2023-2024 :

II. Respecter la consigne de distanciation physique (2m sans masque et 1m minimum dans toute situation)

- Je m'engage à ne pas rentrer sur le site en cas de symptômes inhabituels tels que de la toux, de la fièvre, des difficultés de respiration, des maux de tête et/ou gorge, des courbatures, une grande fatigue, une perte d'odorat et/ou du goût, une diarrhée.
- Si tel était le cas ou si je suis en contact étroit avec un cas COVID-19 confirmé, je m'engage à ne pas me rendre sur l'un des sites de l'AS Mantaise sauf si un test virologique a été réalisé et est négatif.

III. Une prise de température sera effectuée à l'accueil et si la température > 37.5 les responsables légaux seront appelés et devront récupérer l'enfant.

Nous vous rappelons qu'en cas de symptômes, vous devez appeler votre médecin traitant ou le 15, rester chez vous et vous isoler.