

## ÉCOLE MUNICIPALE DES SPORTS ADAPTÉS

La Ville de Bondy propose des cours d'initiation à la pratique sportive adaptés pour les enfants atteints de troubles psychiques.

**Tarif selon le quotient familial.**

**POUR S'INSCRIRE \*** remplir pour chaque enfant :

- **LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION**  
avec n° de famille complété,
- **LA FICHE SANITAIRE COMPLÉTÉE**  
au verso de ce document
- **L'ATTESTATION DE RESPONSABILITÉ CIVILE**  
avec le nom de l'enfant couvrant les activités périscolaires et extrascolaires
- **L'ORDONNANCE DE JUGEMENT**  
pour parents séparés



**NOM DE L'ENFANT** ..... **PRÉNOM** ..... **DATE DE NAISSANCE** .....

**ADRESSE** .....

**E-MAIL** .....

N° de famille :

Attention : le calcul du quotient familial doit être établi pour bénéficier des tarifs progressifs. Dans le cas contraire, vous serez facturé au quotient familial le plus élevé.

\*Il s'agit d'une pré-réservation. Après étude de votre dossier, vous recevrez une confirmation par mail dans la limite des places disponibles.



### INSCRIPTION - EMSA

Enfants nés entre 2015 et 2020

Inscription sur toute la période scolaire (hors vacances scolaires)

**Le lundi au Palais des sports,  
4 av. Marx Dormoy**

- De 16h à 17h
- De 17h à 18h

**Le vendredi à l'école du stade,  
60 av. Pasteur**

- De 16h à 17h
- De 17h à 18h



**Date et signature du père, de la mère ou du tuteur légal,** qui déclare sur l'honneur répondre aux critères d'inscription énumérés dans le règlement intérieur (l'administration se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur l'exactitude des critères d'inscription aux activités et de procéder aux rectifications de rigueur si nécessaire).

Date : ..... / ..... / .....

**Représentant légal 1**

Nom : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Mail : .....

Signature :

**Représentant légal 2**

Nom : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Mail : .....

Signature :

**Cadre réservé à l'administration**

Le service des sports a bien enregistré les inscriptions.

Nom de l'agent : .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

**AUTORISATIONS**

**> Transport**

Autorise le transport de mon/mes enfant(s), ci-dessus nommé(e)(s), lors des déplacements occasionnés durant ce stage sportif :

OUI  NON

**> Quitter seul(e) la structure d'accueil**

Autorise mon /mes enfant(s) mineur(s) à rentrer seul(s) à mon domicile et je dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident survenant au cours du trajet :

OUI  NON

A défaut, je m'engage à venir chercher mon /mes enfant(s) aux horaires convenus.

**> Droit à l'image – Autorisation de publication (\*\*)**

Autorise la conservation de photographies, films, enregistrements de mon (mes) enfant(s) dans le cadre de cette activité (diffusion flyers ou réseaux sociaux officiels de la Mairie, publications municipales, articles de presse) sans contrepartie financière :

Représentant légal 1 :  OUI  NON

Nom et signature : .....

Représentant légal 2 :  OUI  NON

Nom et signature : .....

**3. FICHE SANITAIRE DE LIAISON (document confidentiel)**

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination. Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

**Vaccinations**

(Se référer au carnet de vaccination ou aux certificats de vaccination).

**VACCINS OBLIGATOIRES**

Diphtérie  Tétanos  Poliomyélite

**VACCINS RECOMMANDÉS**

Coqueluche  Haemophilus  
 Rubéole-Oreillons-Rougeole  Hépatite B  
 Pneumocoque  BCG

**Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.**

**Renseignements concernant le mineur**

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : ..... Taille : .....

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**

Alimentaires  OUI  NON

Médicamenteuses  OUI  NON

Autres

(animaux, plantes, pollen)  OUI  NON

**Si oui,** joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé,

si oui, préciser  OUI  NON

.....  
 .....

**Recommandations utiles des parents**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésies nocturnes, etc.

.....  
 .....

Nom du médecin traitant

Je soussigné(e).....

responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... / ..... / ..... Signature :