

ÉCOLE MUNICIPALE DES SPORTS (EMS)

La Ville de Bondy propose des cours d'initiations sportives et des stages multisports tout au long de l'année.

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 les 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.



1. INSCRIPTION - EMS PÉRISCOLAIRE - MERCREDI

Inscription sur toute la période scolaire de 8h30 à 17h30. La cantine et le goûter sont inclus.

École du stade Léo Lagrange

Tous les mercredis (hors vacances scolaires)

2. INSCRIPTION - STAGES VACANCES MULTISPORTS

Inscription pour la semaine complète de 8h30 à 17h. La cantine et le goûter sont inclus.

Stade Léo Lagrange

AUTOMNE 2025

- semaine du 20 au 24 octobre
- semaine du 27 au 31 octobre

HIVER 2026

- semaine du 23 au 27 février
- semaine du 2 au 6 mars

PRINTEMPS 2026

- semaine du 20 au 24 avril
- semaine du 27 au 30 avril

ÉTÉ 2026

- semaine du 6 au 10 juillet
- semaine du 24 au 28 août

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 :