



Pass' Découverte Sport DOSSIER D'INSCRIPTION 2023 / 2024

Secrétariat du service des Sports
Tél. : 01-34-69-79-69
sports@ville-isle-adam.fr

2ème période : du mercredi 10 janvier au mercredi 07 février
Jeux de lutte (6-10 ans)

A rendre au CENTRE SPORTIF AMELIE MAURESMO
Avant le 05 janvier 2024

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

RESPONSABLE(S)

Nom(s) et prénom(s) du (des) responsable(s) :

PRESTATIONS

Ce dossier est à compléter pour les activités Pass' Découverte Sport, qui auront lieu le mercredi.

-  Activité : Jeux de lutte
-  Période : du 10/01 au 07/02/2023
-  Horaires : Mercredi de 14h00 à 15h30
-  Lieu : Centre sportif Amélie Mauresmo
-  Tarification : Gratuit
-  Contact : Renaud 06 59 54 40 68



RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

- ✚ L'inscription devient définitive après retour des documents dûment complétés, signés.
- ✚ Les participants s'engagent à avoir une attitude correcte et à se conformer aux instructions des éducateurs sportifs. Ils s'engagent à respecter leur propre personne, les autres enfants, les éducateurs, les intervenants extérieurs, les parents, l'environnement/structure et le matériel utilisé. Tout participant qui troublerait le bon fonctionnement des ateliers se verrait exclu, sans possibilité de se réinscrire.
- ✚ Durant les ateliers, l'usage d'un téléphone portable, MP3 ou des consoles de jeux est strictement interdit.
- ✚ Il est déconseillé d'apporter des objets de valeurs, le service des sports se décharge de toutes responsabilités en cas de vol, perte ou casse.
- ✚ Une tenue de sport sera nécessaire.
- ✚ En ce qui concerne les problèmes de santé des enfants, les parents ou responsables légaux du mineur, doivent signaler à l'éducateur sportif tout problème de santé ou contre-indications à la pratique d'activités physiques.

Pour le Maire
L'adjointe au Maire Déléguée aux sports

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) [nom – prénom]

Responsable légal du jeune [nom – prénom]

Né(e) le :

Autorise :

Mon enfant à partir seul à la fin des activités : OUI ☐ NON ☐

1. DROIT A L'IMAGE

Autorise la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre enfant apparaît ; ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) par la mairie de l'Isle-Adam et représentée par Monsieur le Maire, Sébastien PONIATOWSKI. Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants : Publication dans le journal de la ville « Regards », exposition photos..., site internet de la commune et réseaux sociaux. Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial. Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice.

Ces prises de vues ne seront pas exploitées dans un but commercial.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

OUI ☐ NON ☐

2. ACCEPTATION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

☐ Déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter le règlement de fonctionnement des activités Pass' Découverte.

3. VALIDATION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dépôt de ce **dossier complet est obligatoire** pour valider l'inscription de votre enfant aux prestations choisies.

Si ces conditions ne sont pas remplies votre enfant ne pourra pas être accueilli au sein des structures communales.

Fait à Le : / /

Signatures du jeune et de ses responsables légaux précédées de la mention « Lu et approuvé »

Nom, Prénom du Jeune

Nom, Prénom des responsables légaux

☐ M'engage à participer avec assiduité chaque jour
aux animations auxquelles j'ai choisi de pratiquer

Fait à Le

Signature(s) du ou des représentants légal (aux) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé » :

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :



Renseignements

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ☐ Garçon ☐ Fille

RESPONSABLE 1

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Nom :

Prénom :

Adresse : Code Postal : Ville :

Tél domicile : Tél travail :

Tél portable :

Adresse mail :

RESPONSABLE 2

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Nom :

Prénom :

Adresse : Code Postal : Ville :

Tél domicile : Tél travail :

Tél portable :

Adresse mail :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE PARTICIPANT

L'enfant a-t-il des difficultés de santé : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il : ☐ des lentilles ☐ des lunettes ☐ des prothèses auditives ☐ des prothèses dentaires



AUTORISATIONS

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant désigné précédemment :
Autorise l'encadrant de l'activité, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires
par l'état de l'enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin:

☐ OUI ☐ NON

En mon absence, j'autorise à venir chercher mon enfant et/ou **en cas de maladie**, à prévenir :

🌿 Monsieur ou Madame : Tél portable : Lien de parenté :

🌿 Monsieur ou Madame : Tél portable : Lien de parenté :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant désigné précédemment,
déclare avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil de mon enfant par le service des Sports de la commune et certifie qu'il est apte à y pratiquer les activités.
Je déclare exacts les renseignements portés sur ce document.

Fait à : Le

Signature(s) du ou des représentants légaux

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :