



FICHE D'INSCRIPTION

SERVICE SPORTS LOISIRS



ÉVEIL MULTISPORTS 3/10 ANS - GROUPE : _____

MULTISPORTS ADOS 11/17 ANS

MULTISPORTS ADULTES

SPORT SENIOR A PARTIR DE 60 ANS

MUSCULATION

SPORT ENTREPRISE : BPCE / EDF / APACEM

Vous êtes déjà adhérent d'une section du SAM sur la même saison ? Laquelle : _____

VACANCES SPORTIVES ESTIVALES : OS1 OS2 OS3

SÉJOUR ESTIVAL 14/17 ANS

SÉJOUR ESTIVAL 11/14 ANS

VACANCES SPORTIVES AUTOMNE

VACANCES SPORTIVES HIVER

SÉJOUR HIVERNAL 13/16 ANS

VACANCES SPORTIVES PRINTEMPS

DOCUMENTS OBLIGATOIRES : (tout dossier incomplet se verra refusé)

Pour tous :

Fiche d'inscription dûment rempli

Certificat Médical à la pratique du sport de moins de 3 mois pour tout nouvel adhérent

Ou certificat médical valable 3 ans avec pour les anciens adhérents, avec attestation sur l'honneur d'avoir répondu « NON » à toutes les questions du cerfa 15699*01 du questionnaire de santé du Ministère. Attention si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, vous devez retourner un certificat médical de moins de 3 mois.

Règlement : espèces / en ligne / chèque ANCV / chèque bancaire (à l'ordre du SAM Sports Loisirs)

Pour les Vacances Sportives, le Multisports Ados et les Séjours :

Brevet de Natation

Uniquement pour les Séjours :

Carte d'identité

INFORMATION OBLIGATOIRE SUR L'ADHÉRENT :

NOM : _____ PRÉNOM : _____ NÉ(E) LE : ____/____/____

EMAIL : _____ @ _____ TÉLÉPHONE : ____/____/____/____/____

ADRESSE POSTALE : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU DU REPRESENTANT LEGAL : _____

TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE A CONTACTER OU DU REPRESENTANT LEGAL : ____/____/____/____/____

AVEZ-VOUS DES PATHOLOGIES, SI OUI LESQUELLES : _____

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES, SI OUI LESQUELLES : _____

SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT MÉDICAL, SI OUI LEQUEL : _____

INFORMATION OBLIGATOIRE SUPPLÉMENTAIRE POUR TOUS LES JEUNES DE 3 A 17 ANS A REMPLIR PAR LES REPRESENTANTS LEGAUX

Régime : GÉNÉRAL MSA Numéro d'allocataire CAF : _____

J'autorise le SAM Sports Loisirs à consulter CDAP pour le calcul de la tarification (accord conventionnée avec la CAF) :

OUI NON

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à la fin de celles-ci : OUI NON

J'autorise mon enfant à pratiquer l'activité VOILE si celle-ci est proposée : OUI NON

J'autorise mon enfant à pratiquer l'activité PLONGÉE si celle-ci est proposée : OUI NON

En tant que représentant légal de l'enfant cité ci-dessus (information obligatoire sur l'adhérent), vous attestez sur l'honneur qu'il est à jour des 11 vaccins obligatoires : OUI NON Si NON, vous devez joindre un certificat médical.

**PAR CE DOCUMENT VOUS DECLAREZ AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE NOTRE PROJET ÉDUCATIF, DE NOS PROJETS PÉDAGOGIQUES ET DE NOTRE REGLEMENT INTÉRIEUR ET EN ACCEPTEZ LES REGLES.
VOUS DECLAREZ EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.**