

Ecole Élémentaire Léon SAY
34 rue Léon SAY, 44000 Nantes.

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de Naissance : ___ / ___ / ___ **Age :** _____

Téléphone : _____ **E-mail :** _____

PAGES VACCINS A FOURNIR A LA PREMIERE INSCRIPTION !

La LICENCE PREMIUM est obligatoire lors de la première inscription, elle coûte 22 € et est valable 1 an. Elle couvre votre enfant pour toutes les pratiques sportives et de loisirs.

Oui je prends la licence premium

Non j'ai déjà pris la licence (via MSL / Centre de Loisirs)

Inscriptions

Formule « Semaine » :

- Forfait semaine de 5 jours = 150 €
- Forfait semaine de 3 jours = 90€ (uniquement semaine du 15 août)

Formule « Journée » :

- Forfait journée = 33 €

Dates :

Semaine 1 : 07/08/23 08/08/23 09/08/23 10/08/23 11/08/23

Semaine 2 : 16/08/23 17/08/23 18/08/23

Semaine 3 : 21/08/23 22/08/23 23/08/23 24/08/23 25/08/23

Semaine 4 : 28/08/23 29/08/23 30/08/23 31/08/23 01/09/23

Réduction Famille : _____ 5% (2 enfants) 10% (3 enfants) 15% (>3 enfants)

Sous Total = _____ €

Amplitude horaire d'accueil maximal : 8h45 – 18h15

Licence 22 € (si non déjà prise au Multisports ou dans une autre Section)

Total :

Paiement à adresser à l'ASPTT Nantes - 42 Rue Appert 44100 Nantes

Fait à _____, le _____

Signature :

INFORMATIONS SANITAIRES :

Dans tous les cas, merci de fournir une ordonnance

Votre enfant suit-il un traitement : NON : OUI :

Si oui, lequel : _____

Merci d'indiquer succinctement le protocole à suivre : _____

Votre enfant a-t-il des allergies : NON : OUI :

Si oui, lesquels : _____

Merci d'indiquer succinctement le protocole à suivre : _____

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique : (ex : végétarien / sans porc ...) NON OUI

Si oui, lequel : _____

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

| | | | | | |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------------------|-----------|
| Rubéole : | oui / non | Varicelle : | oui / non | Angine : | oui / non |
| Scarlatine : | oui / non | Rougeole : | oui / non | Otite : | oui / non |
| Oreillons : | oui / non | Coqueluche : | oui / non | Rhumatisme articulaire : | oui / non |

Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé : oui – non (*hospitalisation, opération, rééducation, problèmes cardiaques...*)

Si oui, lequel(s) : _____

Merci d'indiquer succinctement les précautions à prendre : _____

Votre enfant porte-t-il :

Lunettes : oui / non Lentilles : oui / non Prothèses auditives : oui / non Prothèses dentaires : oui / non
Autre : _____

Droit à l'image :

J'autorise ou Je n'autorise pas l'ASPTT de Nantes à prendre des photos et des vidéos pouvant être utilisées pour sa communication.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme/Mr _____, demeurant _____
_____ autorise les éducateurs de l'ASPTT Nantes à transporter mon enfant dans les véhicules de l'association ou voitures particulières pour tous déplacements dans le cadre des stages sportifs. J'autorise également le corps professionnel médical à procéder à toute intervention d'urgence.

Fait à : _____, le : _____

Signature :